PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.

1934
ZESZYT
2

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr. JÓZEF KOWAL

ROK IX MARZEC — KWIECIEŃ 1934 r. ZESZYT 2

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

ORGAN ZWIĄZKU
PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE.
Dwumiesięcznik Poświęcony Sprawom Ubezpieczeniowym i Ekonomicznym.
WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr. JÓZEF KOWAL.

TREŚĆ:

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Świętokrzyska 27 m. 2.
Telefon Nr. 265-45 **Konto w P. K. O. Nr. 800.**
Związek Prywatnych Zakł. Ub. w Polsce

Prenumerata półroczna (wraz z przesyłką):
w Warszawie . . . . 3.00 złp.
na prowincji . . . . 3.30 złp.
zagranicą (rocznie) . . . . . . 6.60 złp.

CENA OGŁOSZEŃ:
Cała strona . . . . 40.00 złp.
Pół strony . . . . 25.00 „
1/4 strony . . . . 15.00 „

Cena zeszytu pojedyńczego — 1.25 złp.

ROK XIII MARZEC—KWIECIEŃ 1934 r. ZESZYT 2

PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

ORGAN ZWIĄZKU
PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE.
DWUMIESIĘCZNIK
Poświęcony Sprawom Ubezpieczeniowym i Ekonomicznym
WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: DR. JÓZEF KOWAL



ś. † p.

KAZIMIERZ AMBROŻEWICZ

Dnia 28 maja 1934 r. zmarł ś. p. Kazimierz Ambrożewicz, b. długoletni Prezes Związku Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce.

Zmarły piastował godność Prezesa Związku od roku 1927 do kwietnia 1933. O zaufaniu, jakiem się cieszył wśród członków Związku świadczy już chociażby to, że po każdoczesnym upływie kadencji był zawsze jednomyślnie obierany Prezesem na nową kadencję. W kwietniu 1933 r. wobec zawieszenia działalności Tow. Wzajemnych Ubezpieczeń „Snop", którego był członkiem Rady, ś. p. Kazimierz Ambrożewicz wycofując się z pracy ubezpieczeniowej złożył swój mandat Prezesa żegnany z żalem przez wszystkich członków Związku.

Przez cały przeciąg tych lat Zmarły przyjmował czynny udział w pracach Związku. Z ramienia Związku był członkiem Rady Centralnego Związku Przemysłu Polskiego. W roku 1931 stanął na czele Sekcji Finansowej Stołecznego Komitetu dla Spraw Bezrobocia, w której skład wszedł również i Związek.

Wielkie zalety umysłu oraz wrodzony takt dawały Mu możność przeprowadzania spraw mających doniosłe znaczenie dla asekuracji w Polsce. Pogoda ducha i równe usposobienie we współpracy zjednywały Mu sympatję, życzliwość i uznanie.

Odszedł przedwcześnie pozostawiając po sobie głęboki żal i wdzięczność w sercach tych, z którymi przez tyle lat dzielił trudy pracy.

Cześć Jego pamięci.

USTAWA O OCHRONIE PRZED POŻARAMI I INNEMI KLĘSKAMI.

W Dzienniku Ustaw z dnia 18 maja b. r. Nr. 41 została ogłoszona ustawa o ochronie przed pożarami i innemi klęskami. Ustawa ta wchodzi w życie w sześć miesięcy po jej ogłoszeniu, t. j. dnia 19 listopada 1934 roku. Jednocześnie, t. j. z dniem 19 listopada b. r. tracą moc wszystkie przepisy dotychczasowe w sprawach unormowanych tą ustawą.

Trudno przed wydaniem przepisów wykonawczych opisać wyczerpująco wszystkie postanowienia ustawy, zwłaszcza dotyczące Towarzystw Ubezpieczeń. Jednakże uważamy za konieczne zapoznanie już teraz czytelników z głównemi zasadami ustawy wobec bliskiego terminu jej wejścia w życie.

W myśl ustawy straże pożarne mają istnieć w każdej gminie. Gminy miejskie ponad 40.000 mieszkańców są obowiązane utrzymywać straże zawodowe, o ile nie zostaną zwolnione od tego obowiązku w razie posiadania dobrej straży ochotniczej; w innych gminach mają być straże ochotnicze. Jeżeli w gminie nie będzie należytej straży czy to ochotniczej czy to zawodowej, gmina będzie obowiązana utworzyć straż przymusową. Jednakże kilka lub więcej gmin może utworzyć łącznie i na wspólny koszt jedną straż, którą w takim wypadku ustawa nazywa okręgowem pogotowiem pożarnem. Utworzenie okręgowego pogotowia pożarnego może być również nakazane przez władzę.

Oprócz tych straży ustawa przewiduje jeszcze straże prywatne, do których utworzenia i utrzymywania będą obowiązane przedsiębiorstwa i inne zakłady i instytucje, zatrudniające znaczniejszą ilość pracowników lub narażone ze względu na swój charakter na znaczne niebezpieczeństwo pożaru. Rozporządzenie wykonawcze ustali rodzaje przedsiębiorstw, zakładów i instytucyj, na których będzie ciążył ten obowiązek.

Dyscyplina i rozkazodawstwo straży pożarnych mają być unormowane według zasad przyjętych w wojsku.

Straże pożarne obowiązane są na każde wezwanie, dokonane we właściwym trybie, udzielić niezwłocznie pomocy i ratunku w następujących wypadkach:

1. w razie pożaru,
2. w razie innych klęsk,
3. w akcji obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej,
4. w innych przypadkach na polecenie władzy,
5. gdy potrzebna jest zorganizowana pomoc przy użyciu sprzętu ratowniczego a na miejscu brak jest odpowiedniej organizacji, przeznaczonej do takich celów.

Z brzmienia ustawy („w razie pożaru lub innych klęsk”) wynika, że ustawodawca nakłada na straże obowiązek pomocy i ratunku w przypadkach, podpadających pod ogólne pojęcie „klęska”, a z tego ogólnego pojęcia wymienia jeden szczegółowy przypadek, t. j. pożar, określając resztę pojęcia słowami „lub inne klęski”. Z tego wynika, że poza pożarem może tu chodzić tylko o takie przypadki, które na równi z pożarem mieszczą się w pojęciu „klęska”, a więc które w tym samym stopniu zagrażają życiu

i mieniu ludności. Ponieważ pożar jest klęską żywiołową należy wnioskować, że inne przypadki klęski, rozumiane przez ustawodawcę, są również żywiołowemi, t. zn. takiemi, które swem działaniem niszczycielskiem mogą objąć większą lub mniejszą liczbę ludzi lub ich mienie. Będą tu podpadać zatem takie przypadki jak powódź, lawina, huragan, zapadanie się ziemi i t. p. Przypadki, które zagrażają tylko na ściśle ograniczonej przestrzeni i z niej nie mogą się rozszerzać (np. zawalenie się domu) nie są klęską w powyższem znaczeniu, lecz i w tych przypadkach straż pożarna może być obowiązana do niesienia pomocy i ratunku na podstawie postanowienia wymienionego powyżej w p. 5.

Uwzględniając ponadto przypadki użycia straży pożarnej przez władzę, oraz jej udział w akcji przeciwlotniczej i przeciwgazowej, dochodzi się do przekonania, że ustawa stawia straże pożarne wobec bardzo daleko idących zadań. Z wielostronności tych zadań wypływa konieczność odpowiedniego poziomu sprawności i przystosowania technicznego straży pożarnych.

Już sama ustawa przewiduje cały szereg uprawnień dla straży pożarnych celem umożliwienia im jak największej sprawności. Uprawnienia te dotyczą głównie przejazdu i przewozu i dają nawet straży pożarnej prawo zajmowania koniecznych środków przewozowych tak publicznych jak i prywatnych dla przewozu swych członków i sprzętu technicznego. Dotyczy to wszelkich środków przewozowych z jednym tylko jedynym wyjątkiem: statków powietrznych. Straż pożarna może również zajmować wszelkie inne przedmioty i urządzenia należące do osób prywatnych, które mogą być potrzebne dla ochrony przeciwpożarowej lub akcji ratunkowej. Ponadto każda osoba przebywająca w gminie obowiązana jest współdziałać przy akcji ratowniczej.

Zaopatrywanie straży pożarnych w odpowiedni sprzęt techniczny i pomieszczenia należy do obowiązków gminy.

Gminy ponoszą ze zwyczajnych dochodów koszty utrzymania straży pożarnych zawodowych lub przymusowych, ewentualnie okręgowych pogotowi pożarnych, bądź też odpowiednio subwencjonują straże ochotnicze. Koszty fachowych organów instruktorskich ponoszą powiatowe związki samorządowe.

Ponadto ustawa stwarza z opodatkowania zakładów ubezpieczeń fundusz na koszty akcji przeciwpożarowej.

Koszty akcji przeciwpożarowej ustawa określa w następujący sposób:

1) W pierwszym rzędzie kosztem tym będą subwencje dla gmin. Przydział subwencyj dla gmin będzie zależał od potrzeb danej gminy, od stanu jej finansów a następnie „od zainteresowania wykazanego wysokością sum preliminowanych na cele pożarnictwa z dochodów własnych gmin". Czyli im dana gmina będzie uboższa, im większe będzie miała potrzeby i im większą sumę przeznaczy w budżecie na cele pożarnictwa, tem bardziej będzie zasługiwała na subwencję. Takie postawienie sprawy w ustawie będzie zachęcało gminy do planowania rozbudowy na szerszą skalę urządzeń przeciwpożarowych na terenie gminy i będzie w skutkach korzystne, jednak pod warunkiem, że będzie zapewnione zupełnie ściśle użycie przez daną gminę otrzymanej subwencji nie na inne cele jak tylko wyłącznie na cele przeciwpożarowe.

Subwencje te uznaje ustawa za koszt akcji przeciwpożarowej *„przedewszystkiem"*, co należy rozumieć nie inaczej jak tylko w ten sposób, że subwencje dla gmin mają być przyznawane z funduszu na koszty akcji przeciwpożarowej przed pokrywaniem wszelkich innych w ustawie wyliczonych kosztów.

2) Na drugiem miejscu za koszt akcji przeciwpożarowej ustawa uznaje subwencje „dla straży pożarnych i pogotowi pożarnych oraz dla gmin w związku z ich działalnością przeciwpożarową, przeciwlotniczą i przeciwgazową lub instytucjami i urządzeniami przekraczającemi miejscowe potrzeby gmin lub w celu przysposobienia ich do takiej działalności". Przepis ten przytoczyliśmy dosłownie według tekstu ustawy, gdyż ustanawia on jedyny wyjątek od zasady przeznaczenia funduszu na koszty akcji przeciwpożarowej, dołączając jako potrzebę wyższego rzędu koszt działalności przeciwlotniczej i przeciwgazowej. Ponadto przepis ten wprowadza koszt instytucyj i urządzeń, przekraczających miejscowe potrzeby gmin. Z dosłownego brzmienia ustawy możnaby rozumieć, że chodzi tu o jakiekolwiek potrzeby gmin, nawet niepozostające w związku z celami przeciwpożarowemi. Przypuszczalnie jednak w praktyce będą uwzględniane tylko potrzeby pozostające w związku z akcją przeciwpożarową gmin, jak to z ducha ustawy wynika.

Ustawa wymienia tu powtórnie subwencje dla gmin, prawdopodobnie mając na oku takie gminy, które nie odpowiadają warunkom przepisu omówionego powyżej pod 1).

3) Następnym kosztem są subwencje dla powiatowych związków samorządowych. Ponieważ ustawa nakłada na te związki obowiązek ponoszenia kosztów utrzymania organów fachowych, których zadaniem jest czuwanie nad wyszkoleniem, organizacją i sprawnością straży pożarnych i pogotowi pożarnych w powiecie, to prawdopodobnie subwencje te będą przeznaczone na pokrywanie wymienionych kosztów.

4) Na czwartem miejscu ustawa przewiduje wydatki na powiatowe, wojewódzkie i centralną organizację straży pożarnych oraz na Komisję doradczą.

Komisja doradcza jest to organ, który ma być utworzony przy Ministrze Spraw Wewnętrznych osobnem rozporządzeniem wykonawczem. W myśl ustawy rozporządzenie to ma zapewnić zakładom ubezpieczeń udział w Komisji doradczej. Komisja doradcza będzie powołana do opinjowania rozporządzeń, udzielonych jej przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

5) Następnie idą wydatki na szkolenie organów służby bezpieczeństwa i samorządu terytorjalnego oraz instruktorów w sprawach ochrony przeciwpożarowej i akcji ratunkowej, nagrody za wykrycie podpalaczy i inne wydatki przewidziane w planie finansowym.

Fundusz na koszty akcji przeciwpożarowej ma być wydatkowany według planu finansowego ustalanego na każdy rok przez Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Skarbu, po zaopinjowaniu przez Komisję doradczą, o której była powyżej mowa. Publiczne zakłady ubezpieczeń mogą otrzymać prawo zawiadywania częścią lub całością funduszu.

Jak już wyżej powiedziano fundusz na koszty akcji przeciwpożarowej będzie tworzony z opodatkowania zakładów ubezpieczeń.

Opodatkowanie to będziemy nazywali podatkiem przeciwpożarowym dla odróżnienia od opłaty na straże pożarne, utartej obecnie w praktyce.

Nawiasem mówiąc będzie to już trzeci podatek bezpośredni obciążający składkę płaconą przez ubezpieczających (opłata stemplowa, podatek obrotowy, podatek przeciwpożarowy).

Ustawa nie określa ostatecznie wysokości podatku przeciwpożarowego, pozostawiając to Ministrom Spraw Wewnętrznych i Skarbu do corocznego uznania. Ustawa postanawia jednak, że podatek ten nie może przekroczyć 3% składki zakładów prywatnych i publicznych w dziale dobrowolnym oraz 7% składki zakładów publicznych w dziale przymusowym. Podatek ten w ustalanym corocznie procencie ma być wymierzany od sumy składek brutto zebranych w poprzednim roku przez zakłady ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia od ognia nieruchomości i ruchomości. Corocznie rozporządzenie Ministrów Spraw Wewnętrznych i Skarbu ustala w ustawą zakreślonej granicy wysokość przypadającego do zapłaty w tym roku podatku od sumy składek zebranych przez zakłady ubezpieczeń w roku poprzednim. Ponieważ ustawa mówi o składkach zebranych a nie przypisanych, należy rozumieć, że podatek ten będzie wymierzany od składek efektywnie w danym roku zainkasowanych.

Ustawa zakazuje przerzucania podatku przeciwpożarowego na ubezpieczonych, wskutek czego zakłady ubezpieczeń nie będą mogły pobierać od ubezpieczonych, jak to się czyni w wielu krajach a również i u nas obecnie w niektórych miejscowościach, specjalnego dodatku do składki tytułem opłaty na straże pożarne.

Z charakteru tego podatku wynika, że będzie on podatkiem celowym, t. j. przeznaczonym na pewien ściśle określony cel, i że nie będzie on wpływał do kas skarbowych łącznie z innymi podatkami na ogólne potrzeby Państwa. Będzie to podatek kontyngentowy w tem znaczeniu, że corocznie będzie oznaczana dokładna kwota, która ma wpłynąć od zakładów ubezpieczeń w danym roku. Procent od zbioru składki z poprzedniego roku będzie stanowił tylko klucz do podziału tej kwoty między poszczególne zakłady ubezpieczeń. Taka konstrukcja tego podatku pozwala na przystosowanie jego wysokości do każdoczesnych możności finansowych podatników przy jednoczesnem uwzględnieniu potrzeb akcji przeciwpożarowej, co było zresztą wyraźnie podkreślane w enuncjacjach autorytatywnych.

Od sumy podatku, przypadającej według ustalonego klucza na dany zakład, potrąca się kwoty przypadające do wypłaty przez dany zakład z tytułu postanowienia artykułu 32 ustawy, w roku poprzedzającym wymiar podatku. Wynika z tego, że dany zakład będzie płacił podatek, przypadający nań według ustalonego klucza, zmniejszony o wymienione kwoty.

Postanowienie artykułu 32 wymaga bliższego rozpatrzenia, gdyż jest ono nowością o doniosłem znaczeniu, jednem z założeń, na którem są oparte niektóre z głównych celów ustawy, a ponadto jest ono zwięzłe, mimo że zawiera bardzo dużo treści.

Rozszerza ono zakres odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń z tytułu szkód pożarowych, wprowadza bowiem obowiązek zakładów ubezpieczeń do wypłaty ustawowego odszkodowania trojakiego rodzaju zupełnie niezależnie od istnienia umownego obowiązku do wypłaty odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia.

1) Pierwszy rodzaj stanowi odszkodowanie za zużycie, zniszczenie, uszkodzenie lub utratę używanych lub dostarczonych środków przewozowych, inwentarza pociągowego i narzędzi potrzebnych przy akcji ratunkowej, o ile zużycie to, zniszczenie, uszkodzenie lub utrata nie nastąpiły z winy właścicieli tych przedmiotów. Widać z tego, że chodzi tu o przedmioty zajęte na podstawie ustawy osobom trzecim. Ustawodawca, ustanawiając prawo rekwizycji w razie potrzeby dla akcji ratunkowej, musiał uregulować kwestję odszkodowania dla właściciela za zniszczenie przymusowo zajętych przedmiotów.

Dla zapobieżenia ewentualnym nadużyciom wprowadzono przepis, że odszkodowanie to nie należy się, jeżeli zniszczenie nastąpiło z winy właściciela przedmiotu, przyczem ustawodawca objął tą winą zarówno zniszczenie, uszkodzenie i utratę jak i zużycie zajętego przedmiotu. Zużycie nie jest zniszczeniem ani uszkodzeniem jednorazowem, lecz zniszczeniem przedmiotu dokonanem wskutek jego celowego użycia. Jeżeli ustawodawca objął winą właściciela przedmiotu także jego zużycie przy akcji ratunkowej to widocznie miał na myśli to, że zużycie nastąpiło wskutek celowego spowodawania niewłaściwego stanu tego przedmiotu w chwili jego użycia do akcji ratunkowej, które to zużycie nie byłoby nastąpiło, gdyby tej niewłaściwości nie było.

Co do ustalania winy to należy przypuszczać, że powołana tu jest do orzekania ta sama władza, która wogóle ma orzekać o odszkodowaniach, t. j. powiatowa władza administracji ogólnej. Od orzeczenia tejże istnieje tylko prawo odwołania się do właściwego sądu.

Ustawa zwalnia od obowiązku odszkodowania za zajęte narzędzia potrzebne przy prowadzeniu akcji ratunkowej, które to narzędzia będą obowiązani posiadać właściciele budynków, w myśl osobnego rozporządzenia wykonawczego.

2) Drugim rodzajem jest odszkodowanie za zużyte, uszkodzone albo zniszczone inne mienie w związku z wykonywaniem świadczeń lub wykonaniem zarządzeń przy akcji ratunkowej, jeżeli zużycie to, uszkodzenie lub zniszczenie nie nastąpiło w związku z akcją ochrony tego mienia przed pożarem lub inną klęską.

Odszkodowanie omówione powyżej pod 1) obejmuje wszelkie przedmioty, które mogą być użyte do akcji ratunkowej; tu ustawa mówi o innem mieniu zużytem, uszkodzonem, lub zniszczonem w związku z akcją ratunkową przy pożarze i innej klęsce i niezagrożonem tym pożarem lub tą inną klęską.

Z tego można wnioskować, że ustawodawca miał na myśli takie mienie, które nie zostało użyte do ratunku, lecz którego zużycie, zniszczenie lub uszkodzenie pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z wykonywaniem świadczeń lub z wykonywaniem zarządzeń przy akcji ratunkowej, a więc jest spowodowane temi czynnościami. Przypuszczalnie będzie tu chodziło głównie o mienie sąsiadujące z objektem ratowanym, które może wskutek akcji ratunkowej ulec uszkodzeniu lub zniszczeniu (stratowany łan zboża, wyłamane ogrodzenie i t. p.). Nawiasem zauważymy, że o ile uszkodzenie lub zniszczenie może być zrozumiałem, to nie jest nam jasne, na czem może polegać zużycie tego mienia, jeżeli przyjmiemy, że zużycie jest stopniowem zniszczeniem przedmiotu spowodowanem jego celowem i właściwem użyciem. Mogą tu również w praktyce zachodzić wąt-

pliwości, czy to uszkodzone mienie sąsiednie nie było również zagrożone pożarem a więc, czy zniszczenie nie nastąpiło również dla ochrony tego mienia przed pożarem, w którym to wypadku odszkodowanie nie należałoby się lub w którym miałby miejsce zbieg obowiązku do odszkodowania, jeżeli mienie bezpośrednio ratowane i sąsiednie mienie, uszkodzone w związku z akcją ratunkową, były ubezpieczone w dwu różnych zakładach ubezpieczeń.

3) Wreszcie ustawa przewiduje odszkodowanie za rzeczywiście poniesione szkody lub uszczuplenie wartości nieruchomości w związku z umieszczeniem na niej urządzeń i przyrządów ochronnych i zapobiegawczych, o ile umieszczenie tych urządzeń i przyrządów nie nastąpiło w interesie zabezpieczenia wyłącznie tej nieruchomości.

O ile w powyższych dwu rodzajach odszkodowania chodziło o szkody wynikłe przy pożarze lub innej klęsce, to odszkodowanie tego rodzaju jest płatne mimo, że w danej nieruchomości nie było wcale pożaru ani innej klęski. Zakład ubezpieczeń będzie zatem wypłacał odszkodowanie w wypadkach, w których nie było wcale szkody w znaczeniu ubezpieczeniowem.

W przypadku tym będzie chodziło o umieszczenie przyrządów alarmowych i t. p. w interesie publicznym. Art. 26 nakłada na właścicieli nieruchomości obowiązek zezwolenia na umieszczenie urządzeń i przyrządów ochronnych na ich nieruchomościach. Oczywiście ustawodawca musiał przewidzieć wynagrodzenie szkody powstałej wskutek tego umieszczenia. Jeżeli mienie uszkodzone było ubezpieczone, odszkodowanie ma wypłacić zakład ubezpieczeń, bez względu na to czy w mieniu tem była pogorzel czy nie. Wprawdzie art. 32 p. 5. mówi ogólnie, że odszkodowania, o których była mowa powyżej (p. 1—3), pokrywają zakłady ubezpieczeń, w których *„ratowane”* mienie było ubezpieczone, czyli ma na uwadze tylko odszkodowanie w razie wypadku wymagającego ratowania, jednakże z brzmienia omawianego postanowienia wynika, że odszkodowanie należy się już w razie uszkodzenia przez umieszczenie przyrządu ochronnego bez względu na to, czy mienie to było ratowane czy nie. Dopatrywanie się sprzeczności w tych postanowieniach byłoby sofistyką.

Normy powyżej omówionych odszkodowań, w zależności od rodzaju świadczeń, ustali rozporządzenie wykonawcze, przyczem zauważamy, że zakłady ubezpieczeń będą obowiązane do wypłaty odszkodowań za wypadki, które zajdą począwszy od 19 listopada 1934, t. j. od daty wejścia w życie ustawy. Rozporządzenie to będzie o dużem znaczeniu, gdyż na jego podstawie dopiero będzie mogło być rozwiązanych szereg zagadnień interesujących zakłady ubezpieczeń, jak np. kwestja podziału odszkodowania między zakłady współubezpieczające, lub ubezpieczające odrębnie budynek i odrębnie zawartość, gdy pożar np. budynku został ugaszony w zarodku nie dotknąwszy nawet zawartości; kwestja, gdy przedmiot ratowany był ubezpieczony tylko w części a w części był pozostawiony dobrowolnie lub umownie na własnem ryzyku właściciela, w którym to przypadku należałoby przypuszczać, że odszkodowanie obciążałoby proporcjonalnie zakład ubezpieczeń, podczas gdy reszta odszkodowania byłaby ponoszona przez gminę (analogja do postanowienia ustawy, że w razie gdy przedmiot ratowany nie był ubezpieczony odszkodowanie z artykułu 32-go obciąża gminę); kwestja, polegająca na tem, że po zajściu szkody okazuje się, że bądź ubezpieczenie jest nieważne, bądź zakład nie ponosi odpowiedzialności

np. w wypadku podpalenia; kwestja, gdy odszkodowanie w znaczeniu ubezpieczeniowem i odszkodowanie ustawowe przewyższają razem sumę ubezpieczenia i t. p.

Kwestja ustalenia terminu płatności odszkodowań jest również dość zawikłaną. Ustawa mówi, że od sumy podatku przeciwpożarowego przypadającego do zapłaty w danym roku potrąca się sumy wypłacone tytułem odszkodowań w poprzednim roku. W innem jednak miejscu ustawa mówi, że odszkodowania są płatne z przypadającej do zapłaty sumy podatku przeciwpożarowego a więc z pewnej ściśle określonej kwoty. Zawsze, przynajmniej teoretycznie, należy się liczyć z ewentualnością, że suma odszkodowań może być wyższa od sumy podatku. Ponieważ każdy zakład ubezpieczeń jest obowiązany do pokrywania odszkodowań tylko z sumy podatku przeciwpożarowego a zatem i do jej wysokości, nadwyżka odszkodowań ponad sumę podatku pozostałaby w danym roku niepokrytą. Chociaż suma globalna podatku od wszystkich zakładów będzie wyższą od sumy odszkodowań wypłaconej przez wszystkie zakłady, to jednak u poszczególnych zakładów sytuacja może być łatwo odwrotna. Z tego wynikałoby, że każdy zakład musiałby wstrzymać wypłatę odszkodowań w ciągu całego roku aż do ustalenia sumy podatku przypadającego nań do zapłaty w przyszłym roku, i z tej sumy dopiero i do jej wysokości wypłacać te wstrzymane odszkodowania.

Dla zupełności uwag należy wspomnieć, że ustawa przewiduje jeszcze jednego rodzaju odszkodowanie, mianowicie zwrot ubezpieczającemu kosztów ratunku. Dotyczące postanowienie reguluje tę kwestję naogół w sposób przyjęty już przez zakłady ubezpieczeń w praktyce.

Zatrzymaliśmy się dłużej nad kwestjami dotyczącemi szczególnie zakładów ubezpieczeń, chociaż kwestje te są tylko drobnym ułamkiem ustawy. Niewątpliwie i inne kwestje zasługiwałyby na szersze omówienie, czego jednakże z braku miejsca nie możemy tu obecnie uczynić.

Dr. J. Kowal.

ZAGADNIENIE NADZORU NAD UBEZPIECZENIAMI MAJĄTKOWEMI

Potoczne pojęcie ubezpieczenia widzi w niem środek do powetowania jednostce straty majątkowej, jaką spowoduje w określonym przedmiocie majątkowym lub wogóle w majątku tejże jednostki jakieś zewnętrzne, niedające się przewidzieć zdarzenie, czyli krótko mówiąc, zdarzenie losowe. To potoczne ujęcie ubezpieczenia zapoznaje tę bardzo poważną i bardzo doniosłą okoliczność, że stanowi ono równocześnie pewną określoną metodę, mającą dać w rezultacie pewność uzyskania właściwego celu to jest możność powetowania strat majątkowych.

Metoda ta w istocie swej polega na zgraniu dwu elementów:

1) wyodrębnienia interesów, zagrożonych pewnem określonem niebezpieczeństwem względnie pewną grupą niebezpieczeństw,

2) skupienia tak dużej liczby interesów, ażeby to skupienie zapewniło pokrycie strat, jakie zajdą w wyodrębnionej grupie interesów.

Tą wyodrębnioną i skupioną razem grupę interesów teorja ubezpieczeniowa nazywa wspólnością niebezpieczeństwa i tak ją też dalej będziemy nazywać.

Zapewnienie pokrycia strat, jakie zajdą we wspólności niebezpieczeństwa, da się tylko wówczas uzyskać, jeśli osiągalność pokrycia strat zabezpieczy się przez odpowiednie zabiegi techniczne. Najbardziej istotnym celem tych zabiegów będzie stworzenie takiego stanu, w którym odpowiedzialność przypadająca na jednostkę za straty, jakie mogą zajść we wspólności niebezpieczeństwa, nie przekracza zdolności finansowej jednostki wchodzącej do wspólności niebezpieczeństwa, względnie pewnej określonej sumy niejednokrotnie już zgóry ustalanej w tak zwanej składce ubezpieczeniowej.

Jako środek do powetowania strat majątkowych, spowodowanych przez zdarzenia losowe, ubezpieczenie stało się możliwe już z tą chwilą, gdy dobra i interesy jednostek, przestając być wspólną własnością pewnej grupy społecznej, zostały zawłaszczone na rzecz jednostki i nabrały określonej, wymierzalnej wartości gospodarczej. Trudność jednak wypracowania właściwej metody musiała spowodować, że od teoretycznej możliwości ubezpieczenia do chwili obecnej, którą charakteryzuje obejmowanie myślą ubezpieczeniową całokształtu zdarzeń losowych, jakie grożą człowiekowi i jego gospodarstwu, prowadzi bardzo daleka droga.

Rozwój rozpoczął się od powoływania do życia urządzeń dla indywidualnych, określonych potrzeb. Trudno przytem nieraz stwierdzić istnienie jakichś wspólnych cech między temi urządzeniami. Występowały one w różnych formach organizacyjnych. Siłą powołującą je do życia była zarówno zdrowa spekulacja kupiecka, jak i miłość człowieka, będąca pobudką powoływania do życia urządzeń o charakterze charytatywnej wzajemnej społecznej pomocy, zmysł koleżeństwa i łączności ludzi pewnego zawodu, jako wyraz ich koleżeńskiej wspólnoty, skrzętna zapobiegliwość gospodarzy państwa dążących do wzmocnienia, przez przymusowe urządzenia wzajemnej pomocy na wypadek szkód losowych, zdolności podatkowej obywateli. Nietylko pobudki do zakładania tych urządzeń, ale i motywy były różne. Łączył je tylko jeden wspólny cel — dążenie do powetowania straty losowej, i w pewnych granicach identyczne do tego celu środki.

Ta rywalizacja różnych form i urządzeń, aczkolwiek w zaczątkach nie występowała jednocześnie i równomiernie, ani też długo nie posiadała charakteru jakiejś konkurencji, utrzymuje się do czasów ostatnich i może stanowić niejednokrotnie także i obecnie punkt wyjścia dla różnic stanowisk i sporów w zakresie państwowej polityki ubezpieczeniowej.

Charakterystyczną dla ubezpieczenia jest okoliczność, że nie jest ono związane ściśle z jakąś formą lub organizacją gospodarstwa. Powstawało równomiernie z ustalaniem swej metody, nie zaś tylko jako konsekwencja określonego rozwoju gospodarczego. Myśl ubezpieczeniowa została podniesiona przez spekulację kupiecką, rządców państwa, organizacje zawodowe, dobroczynność, dla osiągnięcia różnych celów, jak np. zysku, poprawienia zdolności płatniczej ludności, a więc dla osiągnięcia określonych celów gospodarczych, skarbowo-politycznych, zawodowych. Ubezpieczenie nie szło za rozwojem życia gospodarczego, ale raczej ten rozwój ubiegało, przewidywało. Wielkie średniowieczne domy handlowe znalazły już zgóry ubezpieczenie, skoro nadeszła dla nich wysoka konjunktura. Ubezpieczenia przy-

musowe były przez państwo narzucane jednostkom, aczkolwiek miały na celu ich dobro. Wysoka konjunktura w końcu ubiegłego stulecia byłaby nie do pomyślenia bez ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń przemysłowych. Wielkie przedsiębiorstwa zainteresowane w związaniu z sobą pracowników zgóry znalazły już do tego odpowiedni środek w ubezpieczeniu pensyjnem.

Niewątpliwie kapitalną część zasługi w rozwoju ubezpieczenia, jako określonej metody, i jej udoskonaleniu należy przypisać inicjatywie prywatnej i to tej inicjatywie, która podejmowała się organizowania ubezpieczenia dla uzyskania zysku. Tej inicjatywy nigdy nie brakowało dzięki skłonności do gry tkwiącej w człowieku. A ubezpieczenie jeszcze do końca XVIII wieku kryło w sobie wiele elementów właściwych grze losowej, wobec tego, że wypracowanie tych technicznych zabiegów, które mają na celu ścisłe ustalenie, ograniczenie i ustabilizowanie tej części odpowiedzialności, jaka winna przypaść na jednostkę na pokrycie szkód, jakie wystąpią we wspólności niebezpieczeństwa, było dopiero w zaczątkach. Stąd też ubezpieczenie musiało być wówczas równie niebezpieczne zarówno dla ubezpieczonego, jak i dla przedsiębiorcy na skutek grożącej temu ostatniemu niewypłacalności.

Jasnem jest, że w tych warunkach obok spekulacji zdrowej musiała występować spekulacja zgóry obliczona na oszukanie ubezpieczonych, i że historja rozwoju ubezpieczeń opartych na inicjatywie prywatnej, jest także w znacznej mierze historją nadużyć tego zaufania, jakim musiano obdarzać każdego przedsiębiorcę ubezpieczeniowego. To zaś czyni zrozumiałem niejednokrotnie bardzo radykalne zarządzenia państw, dotykające w równej mierze zarówno zdrową, jak i niezdrową inicjatywę prywatną. Tak np. Anglja już w wieku XVIII i to w jego początkach przeżyła okres tworzenia towarzystw, zapewniających świadczenia na wypadek śmierci, małżeństwa, urodzenia, chrztu, aż wreszcie specjalnym aktem ustawodawczym musiano unieważnić powstanie wszelkich zakładów i zawarte operacje, o ile one miały miejsce w okresie szalejącej niezdrowej spekulacji. A i później szereg aktów ustawodawczych było spowodowanych przez okoliczności, jakie wytwarzały się na polu prywatnej przedsiębiorczości ubezpieczeniowej. Tu i ówdzie występujące niezdrowe objawy nabierały wprost cech klęski narodowej.

Z biegiem lat, gdy ubezpieczenie wraz z rozwojem gospodarstwa narodowego nabierało coraz większego znaczenia i coraz wyraźniej zdawano sobie sprawę z jego roli, jako czynnika kapitalizacji i kumulacji bogactw, musiała z natury rzeczy narzucać się konieczność koordynowania na terenie działalności ubezpieczeniowej egoizmu prywatnej jednostki z interesem dobra ogólnego, reprezentowanym przez państwo. Występujące raz po raz nadużycia zaufania szkodziły zarówno dobru ogólnemu, jak i interesom uczciwego przedsiębiorcy, musiały wobec tego stawać się bardzo często tym bezpośrednim bodźcem, który wywoływał interwencję państwa, w formie, o której mamy mówić, w formie nadzoru państwowego.

Teoretycy ubezpieczeniowi gdy mówią o nadzorze, zawsze znajdują bardzo poważne motywy jako teoretyczną podstawę konieczności wprowadzenia nadzoru. Motywy te dałyby się streścić następująco:

1) Wobec wielkiego gospodarczego, socjalnego i etycznego znaczenia ubezpieczenia państwo musi być zainteresowane w zdrowym, solidnym rozwoju przemysłu ubezpieczeniowego.

2) Z uwagi na rolę, jaką ubezpieczenie wykonywuje, wszelkie nadużycie zaufania przez przedsiębiorcę ubezpieczeniowego, jakim darzą go jego klienci, szkodzi całemu gospodarstwu narodowemu.

3) Ubezpieczenie jest interesem, opartem na zaufaniu. Dzięki zaś technicznym właściwościom ubezpieczenia, nieznanym szerokiemu ogółowi, przeciętny, nawet rozumny, troskliwy o swe interesy obywatel sam nie może wyrobić sobie należytej opinji o zakładzie, któremu ma się powierzyć.

W życiu potocznem nadzór uważa się za urządzenie mające na celu ochronę interesów ubezpieczonych. To potoczne ujęcie istoty i zadań nadzoru ograniczając go do protekcji ubezpieczonych ma duże oparcie w historji, t. j. w dotychczasowym rozwoju stosunków. Mogłoby powołać się na szereg faktów występujących do ostatnich czasów i wskazujących, że decyzja o wprowadzeniu nadzoru lub jego wzmocnieniu została spowodowana pewnemi faktami, jakie zachodziły na polu prywatnej przedsiębiorczości. Tak naprzykład jeszcze w roku 1922 Holandja wobec licznych upadłości zakładów ubezpieczeń na życie wprowadziła nadzór z ograniczeniem go do tego działu ubezpieczeń. Z podobnych motywów, a mianowicie z powodu spekulacyj grynderskich w zakresie ubezpieczeń został wprowadzony nadzór w Belgji w roku 1930. Załamanie się dużego niemieckiego koncernu Frankfurter Allgemeine spowodowało obostrzenie nadzoru w roku 1931 w Niemczech.

Przemawia również za tem ta okoliczność, że nadzór w większości państw nie obejmuje całokształtu przedsiębiorczości prywatnej w zakresie ubezpieczeń, ale tylko te działy, w których ubezpieczony jest najbardziej bezsilny w zakresie należytej oceny sytuacji gospodarczej przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego i szeroki ogół względnie życie gospodarcze narażone są na największe straty w razie jego upadłości. Za dział ubezpieczeń, który wymaga z tego tytułu największej ochrony, bezwątpienia musi się uważać ubezpieczenia na życie. Ten też dział z reguły dawał bezpośredni impuls do wprowadzania i rozbudowy nadzoru. Instytucje wytworzone w zakresie nadzoru na terenie ubezpieczeń na życie przechodziły na teren innych działów ubezpieczeń. Mimo to jeszcze i obecnie nadzór nad ubezpieczeniami na życie nieraz sięga głębiej i posiada szereg specjalnych przepisów w interesie ochrony ubezpieczonych, których nie posiadają inne działy ubezpieczeń.

Genetyczne i porównawcze badanie nadzorów w poszczególnych krajach musi w tych warunkach prowadzić do rezultatu, że nadzór nie stanowi jakiegoś systemu, opartego na teoretycznych podstawach i jednej naczelnej myśli, w świetle której dałoby się rozwiązać każde nowowyłaniające się zagadnienie. Można jednakże zgodzić się na to, że dominującą bezwzględnie myślą jest dążenie do ochrony interesów ubezpieczających. I ta myśl stanowiła niewątpliwie punkt wyjścia dla powstania i rozwoju nadzoru. Oczywiście nie przeszkadza to dorabianiu innych głębszych, teoretycznych podstaw, ani też nie przeczy ewentualnie tej myśli, że nadzór jest również metodą interwencji państwa dla poparcia rozwoju przemysłu ubezpieczeniowego, leżącego w interesie całokształtu gospodarstwa narodowego. Wynika to z samej metody przeprowadzania nadzoru, która polega przedewszystkiem na nadzorowaniu prawidłowości stosowanych technicz-

nych zabiegów, a więc prawidłowości metody ubezpieczeniowej, co wszystko zapewnia przedsiębiorstwu trwały rozwój, a przez to i ochronę interesów ubezpieczonych. Co więcej możnaby wskazać na powstawanie w poszczególnych ustawodawstwach instytucyj, które u podstaw swych mają bądź to ideę zabezpieczenia ogólnych interesów gospodarstwa narodowego lub ogółu bądź też myśl zabezpieczenia samych przedsiębiorstw oraz ich pracowników. O ile jednak nawet podstawy ideowe instytucji nadzoru z biegiem lat uległy rozszerzeniu, to mimo to odbywało się to znowu pod wpływem zewnętrznych warunków gospodarczych, a nie teoretycznych rozważań i myśl ochrony interesów ubezpieczających pozostaje nadal myślą dominującą.

Instytucja nadzoru nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi w formie odpowiadającej temu, co obecnie skłonni jesteśmy uważać za nadzór, pojawia się już w połowie XIX w. Jak widzimy zatem ubezpieczenie zajęło w historji gospodarczej i w historji państwowej polityki gospodarczej specjalne stanowisko. O ile bowiem inne działy gospodarczej działalności ludzkiej rozwijają się pod potężniejącym wpływem liberalizmu ekonomicznego, to ubezpieczenie w tym samym czasie staje się przedmiotem stałej potężniejącej ingerencji państwa. Co więcej, właśnie te państwa, które przodują w rozwoju życia gospodarczego w duchu polityki inspirowanej myślą liberalizmu gospodarczego, pierwsze przystępują do celowego zorganizowania nadzoru nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi.

Dla uniknięcia nieporozumień należy przytem wskazać, że jeśli mówimy obecnie o nadzorze nad ubezpieczeniami, to chodzi nam zawsze o coś właściwego tylko ubezpieczeniom, wychodzącego bez żadnej wątpliwości poza ramy właściwej dla danego państwa, czy kraju polityki przemysłowej. Wykłuwanie się nadzoru w obecnym znaczeniu tego wyrazu, tam, gdzie on powstał spontanicznie, musi być w tych warunkach historją wyodrębniania się ubezpieczeń z pod ogólnej policji przemysłowej. W wielu wypadkach możnaby przytem nakreślić następujący szematyczny rozwój: Najpierw występują specjalne przepisy w ramach przepisów ogólnych, ilość przepisów specjalnych rośnie, wprowadza się daleko idący nadzór przez ogólne organy, by wreszcie stworzyć dla wykonywania nadzoru specjalny, fachowy organ. Jako na typowy dla tego rozwoju przykład możnaby wskazać na historję rozwoju nadzoru w Austrji. W Austrji nadzór nad zakładami ubezpieczeń wyrósł na gruncie ogólnego nadzoru policyjnego nad związkami i stowarzyszeniami. Już patent cesarski z 1852 roku poddał wszystkie stowarzyszenia pod nadzór administracji rządowej. Prawo o stowarzyszeniach z roku 1867 pozostawiło w mocy dla towarzystw ubezpieczeń przepisy z 1852 r. Od r. 1859 ciężar nadzoru spoczywał głównie na komisarzach, którzy w roku 1860 otrzymali specjalnem rozporządzeniem pouczenie co do nadzoru nad szczególnie ważnemi urządzeniami technicznemi zakładów ubezpieczeń. Nadzór komisarzy okazał się jednak niedostatecznym. Ze wszczętej w r. 1872 rewizji instrukcji dla komisarzy wyłoniło się w r. 1880 rozporządzenie ministerjalne jako rozporządzenie wykonawcze do patentu z 1852 r. stanowiące pouczenie dla władz o warunkach, jakich miały przestrzegać przy dopuszczaniu do działalności zakładów ubezpieczeń oraz przewidujące stworzenie specjalnego techniczno - ubezpieczeniowego biura w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych jako organu nadzoru nad zakładami ubezpieczeń. Niestety nie posiadam tak dokładnych danych

o historji rozwoju nadzoru w innych państwach [1]). W każdym razie dużo daje do myślenia fakt, że w jednym ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej już na początku XIX stulecia znaną jest pewnego rodzaju kontrola nad zakładami ubezpieczeń z koncesjonowaniem ich na lat 20 [2]), aczkolwiek właściwy nadzór w formie odpowiadającej temu, co obecnie uważa się za nadzór, pojawia się w tymże Stanie dopiero w połowie XIX wieku [3]). W Rumunji, Węgrzech również niewątpliwie właściwe ustawy o nadzorze zostały poprzedzone specjalnemi przepisami w ramach przepisów ogólnych.

Zobaczmy teraz, jak funkcjonuje nadzór przynajmniej w tych formach, które występują najczęściej, to jest w formach odpowiadających polskiej formie nadzoru. Teorja ubezpieczeniowa znała dotychczas trzy systemy nadzoru: system przepisów normatywnych, system nadzoru materjalnego i system publikacyjny [4]).

System przepisów normatywnych przewiduje kontrolę prewencyjną w formie dopuszczania do działalności przedsiębiorstw, które zastosowały się do określonych w prawie wymogów. Różni się zaś od systemu nadzoru materjalnego tem, że nie przewiduje tak jak ten ostatni system stałej kontroli nad działalnością przedsiębiorstwa, wykonywanej przez fachowy organ państwowy. System nadzoru materjalnego posiada w sobie elementy systemu przepisów normatywnych rozwinięte w tym kierunku, że państwo nie pozostawia całej kontroli nad przedsiębiorstwem zainteresowanym, ale samo także czuwa nad zachowywaniem przez nie przepisów prawa i prawidłowych metod działalności. Dokładniejsze porównawcze badanie ustawodawstw ubezpieczeniowych wykazuje, że tylko te dwa systemy są reprezentowane w ramach instytucji nadzoru nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi. Przytem według pewnych wspólnych rysów i zachodzącego podobieństwa ustawodawstwa te można podzielić na 4 zasadnicze grupy: 1) grupa prawa amerykańskiego, 2) grupa prawa angielskiego, 3) grupa prawa francuskiego i 4) grupa prawa niemieckiego [5]). Polskie ustawodaw-

---

[1]) Podobne powstawanie nadzoru we Francji. Zob. Joseph Hémard. Théorie et Pratique d'Assurances Terrestres t. I str. 441—455.

[2]) Joseph Hémard o. c. t. I. str. 184 — 185: „Mais ce que domine cette époque, c'est l'introduction d'un contrôle des sociétés d'assurances par l'Ètat, en Massachussetts. Dans cet Etat, les compagnies étaient surveillées lors de leur constitution et pendant leur fonctionnement: elles ne pouvaient se créer que pour vingt ans, et pendant toute leur existence, elle restaient soumises au contrôle d'un superintendant et du departement du Trésor (1797)".

[3]) Ibidem t. I. str. 228: „Le contrôle des sociétés d'assurances sur la vie est alors organisé d'une manière caractèristique, qui constituera le système américain. Dès 1852, ce système prit naissance en Massachussetts, et un Rapport officiel sur le fonctionnement des compagnies y fut publié. L'innovation parut heureuse, elle trouva des imitateurs. Une loi de 1859 établit une surveillance dans l'Etat de New-York; un Service d'assurance y fonctionna dès 1860 comme au Connecticut et en Indiana (1865), en Californie (1868), en Missouri (1869)".

[4]) Taki podział wprowadza jeden z najpoważniejszych niemieckich autorów Prof. A. Manes.

[5]) Porównawcze studjum tych czterech podstawowych ustawodawstw byłoby zatem niezmiernie pouczające, wymaga jednakże równoczesnego poważniejszego studjum z zakresu historji ubezpieczeń w tych krajach, o ile ma dać pożądane rezultaty. O ile bowiem w innych krajach naśladownictwo może odgrywać wielką rolę, to w tych czterech krajach instytucje nadzoru tkwią swemi korzeniami w życiu gospodarczem, współczesnem powstawaniu tych instytucyj.

stwo w przedmiocie nadzoru nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi należy do systemu nadzoru materjalnego i grupy prawa niemieckiego.

Jeżeli chodzi o system nadzoru materjalnego, to pierwszem, najpoważniejszem bodaj jego zadaniem jest niedopuszczenie do powstawania efemeryd, nie posiadających warunków do życia oraz narzucenie zakładom zgóry takich metod działalności, któreby dawały jak najwięcej gwarancyj ich pomyślnego rozwoju. Stąd też już od początku podstawą, na której opiera się ten system nadzoru, jest uzależnianie prawa do wykonywania działalności ubezpieczeniowej od specjalnego pozwolenia, często nazywanego koncesją, co znowu jest uzależnione od wypełnienia przez przedsiębiorstwo szeregu warunków.

W tym zakresie, jeśli chodzi o dopuszczenie do działalności, możemy rozróżnić dwie metody: 1) metodę koncesji legalnej względnie normatywnej, która rejestrację względnie dopuszczenie do działalności uzależnia wyłącznie od zastosowania się do określonych w prawie wymogów i 2) metodę koncesji dyskrecjonalnej, która niezależnie od dopełnienia warunków przepisanych w prawie uzależnia dopuszczenie do działalności od swobodnego uznania władzy państwowej.

Do warunków, od których powszechnie uzależnia się udzielenie pozwolenia na działalność, należy nakreślenie i podanie zasadniczych podstaw działalności przedsiębiorstwa, czyli planu działalności, jak to nazywa ustawa niemiecka o nadzorze nad prywatnemi zakładami ubezpieczeń. W skład tego planu działalności wchodzą: podstawy organizacyjne (statut, umowa spółki), zasady techniczne (czyli opisanie tej metody, o której mówiliśmy na początku), oraz projektowane przepisy o charakterze prywatno-prawnym, jako podstawa przyszłych stosunków między przedsiębiorstwem a ubezpieczonymi, t. zw. ogólne warunki ubezpieczenia.

Powszechnie stosowany jest także warunek — złożenie specjalnej gwarancji, kaucji. Warunek ten jednak w jednych ustawodawstwach posiada charakter fakultatywny, t. zn. może być postawiony przez władzę, w innych obowiązkowy, t. zn. władza musi zażądać kaucji przed udzieleniem pozwolenia na działalność. W Polsce złożenie kaucji jest warunkiem obligatoryjnym tylko w stosunku do zagranicznych zakładów ubezpieczeń.

Pozatem poszczególne ustawodawstwa wymagają jeszcze dopełnienia innych warunków bądź przewidzianych w prawie, bądź też wskazanych przez władzę państwową przed udzieleniem pozwolenia na działalność.

Oczywiście zakres żądań szczególnie co do technicznych warunków i podstaw może być różny w różnych ustawodawstwach. Zresztą w jednem i tem samem ustawodawstwie mogą być stawiane różne żądania w stosunku do poszczególnych działów ubezpieczeń. W każdym razie należy przyznać, że zakres warunków, żądanych w poszczególnych ustawodawstwach, opartych na systemie nadzoru materjalnego, jest bardzo podobny — szczególnie, jeśli chodzi o dział ubezpieczeń na życie. Wszelkie dane, które mają jakieś znaczenie lub mają służyć dla ustalenia składki ubezpieczeniowej muszą być przedkładane i aprobowane przez nadzór państwowy, a więc powiedzmy przykładowo zarówno tablice śmiertelności, jak i formuły obliczania składek oraz zobowiązań na dzień przyjęty (z reguły dzień bilansowy), taryfy składek, zasady selekcji ryzyk oraz zasady postępowania z ryzykami gorszemi, preliminowane koszty interesu i t. d. Posiada to bardzo duże konsekwencje. Dla ilustracji wystarczy wskazać chociażby tylko na

jedną z nich, a mianowicie, na konieczność bezwzględnego stosowania taryfowych składek, a więc niejako stałych cen w każdym indywidualnym wypadku. Jeśli chodzi o pozostałe działy ubezpieczeń, ograniczenia przedsiębiorców w zakresie szczegółowości i obligatoryjności przedłożonych podstaw nie idą tak daleko. Przedewszystkiem w większości wypadków nie ma obowiązku zatwierdzania taryf, wobec czego przedsiębiorstwo zawsze może zachować pewne granice, w ramach których może indywidualizować pobierane ceny za ubezpieczenie. W tej chwili nie chciałbym wypowiadać się, tem mniej zatem rozstrzygać, co jest lepsze, cena stała, czy też cena ulegająca wahaniom w pewnych racjonalnych granicach, nie naruszających jeszcze równowagi gospodarczej zakładu. W świecie ubezpieczeniowym jest jednak bardzo dużo zwolenników stałych cen i na poparcie swych twierdzeń mogą wysunąć bardzo ważkie argumenty. Praktycznie zagadnienie to rozwiązały poszczególne stany Ameryki Północnej jeszcze przed wojną i to nie na podstawie takich, czy innych teoretycznych rozważań, ale raczej dążąc do rozwiązania aktualnego, praktycznego zagadnienia występującego na rynku. A mianowicie w dążeniu do sparaliżowania wpływów na rynku trustów ubezpieczeniowych zaczęto wprowadzać obowiązek zatwierdzania i kontrolowania taryf [6]). Stan New-York w r. 1911 znalazł dla tego celu drogę pośrednią — a mianowicie zatwierdzanie układów w przedmiocie taryf, zawartych przez zakłady pod kontrolą zresztą organu wykonywującego nadzór. Zebranie komisarzy ubezpieczeniowych, t. j. tych organów, które w poszczególnych stanach są fachowymi organami nadzoru, jakie odbyło się w r. 1914, uznało ten system praktykowany w stanie New-York za najlepszy i wskazany do wprowadzenia w innych stanach [7]). W Europie wyraźny obowiązek przedkładania taryf we wszystkich działach nakłada prawo bułgarskie i rumuńskie.

O ile złożenie kaucji jako specjalnej gwarancji na zabezpieczenie zobowiązań nawet nie jest obligatoryjne w stosunku do zakładów krajowych, to z reguły wymagane jest w stosunku do zakładów zagranicznych. Jest to o tyle zrozumiałe, że władza krajowa nigdy nie posiada takiego stopnia poznania położenia gospodarczego przedsiębiorstwa zagranicznego, jak to może mieć miejsce przy przedsiębiorstwie krajowem. Pozatem i dyspozycje władz krajowych w stosunku do majątku zagranicznego zakładu ubezpieczeń, położonego zagranicą, o ile nie są nawet wykluczone, to conajmniej

---

[6]) Joseph Hémard o. c. t. l. str. 349: „Au début du XX-e siècle, un mouvement commença contre les trusts d'assureurs: la baisse des tarifs fut cherchée dans la concurrence. Il en resulta une profonde diversité dans les tarifs pour des risques identiques, à tel point que les Etats crurent leur intervention necessaire et qu'ils chargèrent les surintendants des assurances ou des commissions spéciales du soin de controler les tarifs. Au Kentucky, 47 compagnies préférèrent abandonner les opèrations d'assurance contre l'incendie, plutôt que d'accepter une pareille tutelle.

[7]) Joseph Hémard o. c. t. 1 str. 349: „L'Etat de New-York concilia les deux systèmes en autorisant les accords entre les compagnies pour l'etablissement des primes, sous le controle du Gouvernement, par une loi de 1911. Et c'est la solution qui l'emporte: elle a été consacrée, en décembre 1914, par „l'Assemblée nationale des commissaires des assurances", qui en recommande l'adoption aux divers Etats de l'Union, en leur soumettant un modéle de quatre propositions de lois, sur son organisation pratique. Ainsi sont évitées les difficultés qu'aurait amenées une tarification par les soins de l'Etat; ainsi se trouvent protégés les droits légitimes du public contre l'exagération des primes, sans nuire aux intérêts des assurances. L'éffet de cette politique de conciliation a déjà été constaté dans l'Etat de New-York, où s'est produite une diminution générale des tarifs d'assurances contre l'incendie.

bardzo ograniczone. Należy jednak zdawać sobie sprawę z tej okoliczności, że niejednokrotnie wysokość gwarancji jest tym środkiem, który ma służyć jako ochrona przed inwazją zagranicznego przemysłu ubezpieczeniowego, analogicznie do tego, jak wysokie cło ma chronić krajową produkcję.

Rozwój ustawodawstwa w zakresie przepisów dotyczących kaucji idzie w latach ostatnich niewątpliwie w kierunku rezerwowania kaucji jako pokrycia w pierwszym rzędzie zobowiązań przedsiębiorstwa wobec ubezpieczonych, w drugim zaś rzędzie prawno-publicznych należności państwa. Tak zatem w Szwajcarji, o ile ustawa z 25 czerwca 1885 r. nic nie mówi o przeznaczeniu kaucji, to już ustawa z 4 lutego 1919 r. o kaucjach wyraźnie przewiduje, że zadaniem kaucji jest zabezpieczenie: 1) roszczeń z umów ubezpieczenia, które przedsiębiorstwo ma wykonać w Szwajcarji, 2) prawno-publicznych roszczeń związku lub kantonów, o ile one wynikają z prawa o kaucjach lub z ustawy o nadzorze. Podobnie ustawa włoska z r. 1923 i rumuńska z r. 1930 rezerwuje gwarancje na pokrycie zobowiązań wobec ubezpieczonych. Ustawa angielska już w r. 1909 zastrzegła gwarancje tylko dla tych działów ubezpieczeń, dla których zostały złożone. Rozwój ten bezsprzecznie jest konsekwentny w swych założeniach. Trudno jednak mówić o jakiejś jednolitej linji, kiedy już prawo polskie w r. 1928 nie przewiduje, że kaucja ma służyć przedewszystkiem na zaspokojenie zobowiązań z umów ubezpieczenia, a prawo fińskie wprost mówi, że ma służyć na zaspokojenie zobowiązań przedsiębiorstw wobec państwa [8]).

Kontrola prewencyjna nie ustaje po udzieleniu przedsiębiorstwu zezwolenia na działalność. Z reguły wszędzie, gdzie istnieje nadzór materjalny nad zakładami ubezpieczeń, kontroli prewencyjnej poddane są wszelkie zmiany podstaw działalności przedsiębiorstwa. Jest to zresztą logiczną konsekwencją zasady koncesjonowania.

Poszczególne ustawodawstwa poddają również kontroli prewencyjnej niektóre inne poważniejsze kwestje z zakresu działalności zakładu ubezpieczeń, jak sprawę likwidacji, upadłości, pewne rodzaje lokat funduszów, mianowanie generalnych przedstawicieli zagranicznych zakładów ubezpieczeń i t. d.

Specjalnością ubezpieczeń jest tak zwane przeniesienie portfelu ubezczeń, które bez wyjątku poddane jest kontroli prewencyjnej. Stanowi ono umowę, w której jeden zakład przenosi posiadane ubezpieczenia na inny zakład ubezpieczeń, nie oglądając się na to, czy poszczególny ubezpieczony zgadza się na tę tranzakcję. Znowu, jeśli obserwujemy rozwój stosunków, to widzimy, że obecnie już prawie nie ma ustawodawstwa, które nie znałoby tej instytucji. Jeśli chodzi o środkową Europę, to nawet widzimy tendencję do skupiania w rękach organu administracyjnego, zatwierdzającego umowę o przeniesieniu ubezpieczeń, pełnej władzy decydowania o przeniesieniu ubezpieczeń z mocą bezwzględnie wiążącą ubezpieczonych. Wyrazem tych tendencyj jest w Austrji ustawa z dnia 30 września 1921 roku oraz nowelizacja w r. 1931 odpowiednich przepisów ustawy niemieckiej. Ustawa angielska z r. 1909 dała w ręce sądu decyzję w sprawie zatwierdzenia umowy o przeniesienie ubezpieczeń, z tem przytem ograniczeniem, że sąd nie może zatwierdzić umowy o przeniesienie ubzpieczeń na życie, o ile nie zgadza się na nią 1/10 lub więcej stanu ubezpieczeń [9]). Niekonsekwen-

---

8) Oest. Rev. Nr. 50 z r. 1933.

9) Część 30 p. d).

cja, jaką zawierało prawo polskie w r. 1928, które dopuszczało przeniesienie portfelu ubezpieczeń tylko w toku likwidacji i to w zasadzie tylko dla ubezpieczeń na życie, musiała być poprawiona osobną ustawą, uregulowania bowiem tej sprawy analogicznie do innych ustawodawstw domagało się samo życie.

Poza kontrolą prewencyjną ingerencja państwa w formie nadzoru materjalnego nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi ujawnia się w bieżącej kontroli sposobu prowadzenia interesów przez przedsiębiorstwo, w kontroli sprawozdawczości i zarządu majątkiem, a nawet w bezpośrednich zarządzeniach, mających na celu zabezpieczenie interesów ubezpieczających szczególnie w przypadku upadłości, sanacji lub likwidacji przedsiębiorstwa.

Środkami kontroli bieżącej są:

1) badanie zamknięć rachunkowych i sprawozdań rocznych,

2) rewizje przeprowadzane przez rzeczoznawców,

3) prawo żądania zwołania względnie prawo zwołania organu naczelnego przedsiębiorstwa,

4) prawo delegowania przedstawicieli władzy na posiedzenia organów kolegjalnych przedsiębiorstw z prawem do wypowiedzenia się,

5) prawo żądania wyjaśnień i wglądu do akt,

6) rewizje przeprowadzane przez władzę nadzorczą.

W kontroli sprawozdawczości musi chodzić zarówno o prawidłowe ustalanie stanu majątkowego i zobowiązań, jak i o wlanie tej sprawozdawczości w takie formy, któreby umożliwiały jak najszerszym warstwom społecznym zorjentowanie się w położeniu finansowem danego przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Trudność orjentowania się w skomplikowanych zagadnieniach ubezpieczeniowych musiała jednakże spowodować powierzenie kontroli sprawozdawczości organowi państwowemu, a gdy okazało się jeszcze, że samo przepisanie formy sprawozdań nie zabezpiecza w całkowitej mierze jawności wyników przedsiębiorstwa, musiano dać organowi państwowemu prawo przeprowadzania w przedsiębiorstwie bezpośredniej kontroli (rewizji).

Ustalanie zobowiązań w zasadzie streszcza się do prawidłowego obliczania rezerw technicznych, to znaczy tych rezerw, które stanowią każdorazowo odpowiednik zadłużenia przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego wobec ubezpieczających, obliczonego na określony dzień. Zasady obliczania tych rezerw mogą być już to podane w prawie, jak to np. przewiduje prawo włoskie i rumuńskie, już to prawo może odesłać ich ustalanie do podstaw działalności, zatwierdzanych przez organ nadzorczy. Z reguły żąda się ustalania rezerw dla każdego działu ubezpieczeń oddzielnie, a w ubezpieczeniach na życie oddzielnie nawet dla każdego rodzaju ubezpieczeń.

Z ustalaniem rezerw pozostaje w ścisłem związku prawidłowe ich lokowanie. Poza kupnem nieruchomości każda lokata przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego stanowi jakąś formę udzielenia kredytu. Kredyt ten nie jest dla przedsiębiorstw ubezpieczeniowych celem samoistnym, podobnie jak i nie jest głównem ich źródłem dochodów. Celem ubezpieczenia a tem samem i lokat funduszów zakładów ubezpieczeń jest zabezpieczenie przyszłych świadczeń. Fundusze swe zatem przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe muszą tak lokować, ażeby miały dostateczną pewność przechowania ich bez strat do czasu nadejścia terminu użycia ich na wypłatę świadczeń.

Już sama praktyka zakładów, oparta na potrzebach i właściwościach przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, niezależnie od ingerencji władzy państwowej, wytworzyła pewne zasady, pewne kryterja prawidłowości lokowania funduszów [10]. Jednakże, jeśli chodzi o reglamentację prawną zarządu majątkiem, to właśnie w tej dziedzinie panuje względnie duża różnorodność. Nawet na terenie Stanów Zjednoczonych, które mogły być brane za wzór przy wprowadzaniu nadzoru materjalnego, niektóre ze stanów nie reglamentują zupełnie sprawy lokat, inne usiłowały na drodze ustawodawczej skrępować politykę lokacyjną przedsiębiorstw ubezpieczeniowych dla podporządkowania jej finansowym interesom stanu. Na terenie innych stanów, przedewszystkiem Stanu New-York, były różne tendencje. Z początku zakłady ubezpieczeń posiadały szerokie możliwości lokacyjne. Liczne zarzuty podnoszone w początkach XX wieku spowodowały powołanie specjalnej komisji. Rezultatem prac tejże komisji było poczynienie szeregu zmian w przepisach, mających na celu ograniczenie w przedsiębiorstwach ubezpieczeniowych pola dla finansowych spekulacyj. Wprowadzone ograniczenia ulegały znowu rozluźnieniu po pewnym czasie. W każdym jednak razie należy przyznać, że pewną reglamentację polityki lokacyjnej przedsiębiorstw spotyka się częściej, niż brak jakichkolwiek ograniczeń. Najczęściej wprowadzone ramy dla polityki lokacyjnej dotyczą wyłącznie lokowania kaucji i rezerw, niekiedy przytem wprowadzone ograniczenia mają tylko zastosowanie do lokowania rezerw ubezpieczeń na życie oraz funduszów kaucji. Jest to zrozumiałe i konsekwetne, jeśli chodzi o ochronę interesów ubezpieczonych. Państwo bowiem stara się w ten sposób zapewnić lokatę w specjalnie pewny sposób funduszów, odpowiadających aktualnym zobowiązaniom przedsiębiorstwa wobec ubezpieczających. Regułą już jest reglamentacja polityki lokacyjnej, jeśli chodzi o zakłady zagraniczne.

Najstarsza dotychczas obowiązująca ustawa europejska w zakresie nadzoru — ustawa szwajcarska z roku 1885 nie normowała sprawy lokat, wychodząc z założenia, że nie ma całkowicie pewnych lokat. Znaczna swoboda lokacyjna naraziła obywateli szwajcarskich, ubezpieczonych w niemieckich zakładach ubezpieczeń, na znaczne straty, spowodowane niemiecką inflacją powojenną. Obecnie Szwajcarja normuje kwestję lokat w rozporządzeniach wykonawczych. Ostatni rozwój przynajmniej, jeśli chodzi o środkową Europę, która przeszła inflację, wskazuje na zrozumienie potrzeby większej elastyczności ram, w granicach których wolno lokować rezerwy techniczne w zależności od warunków rynkowych. Decyzję jednak co do rozszerzenia ram dla lokat zawsze zostawia się w rękach organu państwowego powołanego do wykonywania nadzoru.

Mimo to, że w większości wypadków brak ustawowego pełnego reglamentowania zarządu majątkiem w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowem, to jednakże przedsiębiorca ubezpieczeniowy jest skrępowany w polityce lokacyjnej, musi działać według mniej lub więcej szerokiego planu.

Aczkolwiek bowiem najczęściej prawo przewiduje tylko sposób lokowania funduszów, służących na pokrycie rezerw technicznych, to jednak organ nadzorczy ma duży wpływ na całokształt polityki lokacyjno-finansowej przedsiębiorstwa poprzez zatwierdzanie podstaw jego działalności. Brak

---

[10]) Zdzisław Szymański: System nadzoru materjalnego nad prywatnemi zakładami ubezpieczeń, str. 55—73.

zatem przepisów prawnych w tym względzie nie musi jeszcze oznaczać pełnej nieskrępowanej swobody zakładów przy lokowaniu funduszów, raczej wskazuje na brak usztywnionych ram, co umożliwia łatwiejsze dostosowanie polityki lokacyjnej przedsiębiorstw do warunków rynkowych.

Z kwestją pewnego (pupilarnego) lokowania rezerw stoi w ścisłym związku zagadnienie zarezerwowania i zabezpieczania lokat tych rezerw na zaspokojenie zobowiązań z umów ubezpieczenia. Zabezpieczenie takie interesów ubezpieczających na majątku zakładów ubezpieczeń musiało pojawić się najpierw w ubezpieczeniu na życie. Jest to dział, który gromadzi wieloletnie oszczędności dużych grup jednostek gospodarczych, życie zatem gospodarcze jest bardzo żywo zainteresowane w prawidłowem jego funkcjonowaniu. Dotknięcie jednak przez upadłość zakładu ubezpieczeń ogółu ubezpieczonych może odczuć życie gospodarcze zarówno przez zmniejszenie produkcji, z powodu gospodarczego osłabienia dużej grupy jednostek gospodarujących, jak i przez zmniejszenie procesu kapitalizacji, ponieważ strata wieloletnich oszczędności uderza w samą cnotę oszczędności, zapobiegliwości i przezorności. Stąd też już ustawa niemiecka z r. 1901 dała ubezpieczającym przywilej na lokatach t. zw. „funduszu rezerwy składek" i nałożyła na przedsiębiorstwa obowiązek prowadzenia specjalnego rejestru lokat zarezerwowanych dla ubezpieczających. Powyższą instytucję dawania ubezpieczającym na życie przywileju na określonych przedmiotach majątkowych wprowadziło z kolei szereg innych państw: jak np. w r. 1928 — Polska, w roku 1931 — Szwajcarja. Obecnie już w 18 państwach europejskich ubezpieczeni na życie mają przywilej pierwszeństwa do zaspokojenia na wartościach służących na pokrycie technicznych rezerw ubezpieczeń na życie i 18 państw przepisuje rejestrację lokat, służących na pokrycie tych rezerw. Wyciągnięcie już tylko dalszych konsekwencyj stanowi wprowadzenie ograniczenia w dysponowaniu wartościami, wpisanemi do takiego rejestru lokat, jak to np. ma miejsce między innemi w Polsce, gdzie dysponowanie szeregiem lokat uzależnione jest od zezwolenia władzy nadzorczej, a w Niemczech od zgody zatwierdzanego przez władzę nadzorczą powiernika. Pozatem najczęściej żąda się od zagranicznych przedsiębiorstw deponowania wartości rezerw technicznych we wskazanych instytucjach bądź też ich odpowiedniego winkulowania, 7 zaś państw przepisuje to również i dla przedsiębiorstw krajowych. Dalszy rozwój polega na przenoszeniu tej instytucji powstałej na tle działu ubezpieczeń na życie na inne działy ubezpieczeń. Obecnie już 9 państw europejskich przewiduje rejestrację lokat, służących na pokrycie rezerw technicznych i w pozostałych działach ubezpieczeń, oraz daje ubezpieczającym przywilej na tych lokatach.

Jednakże w systemie nadzoru materjalnego państwo najczęściej już obecnie nie ogranicza się do nadzorowania tylko samej wewnętrznej pracy przedsiębiorstwa. Przeciwnie przez ustanowienie pewnych norm o charakterze porządkowym i nadzór nad ich wykonywaniem stara się stworzyć warunki, w których stosunek przedsiębiorstwa do klienta rokowałby rozwój możliwie jak najbardziej pokojowy i bez zgrzytów. Bodajże najdalej pod tym względem idą Stany Zjednoczone. Ale i ustawodawstwo środkowoeuropejskie stawia szereg wymogów z zakresu stosunków przedsiębiorstwa do klienta. Dla ilustracji wystarczy wskazać na obowiązek przedsiębiorstw komunikowania organowi nadzorczemu wszelkich druków, używanych w stosunkach z ubezpieczającymi, prospektów, reklam i t. d. Z reguły zre-

sztą państwo ingeruje w różne stosunki niejednokrotnie nawet wzajemne stosunki między zakładami ubezpieczeń, o ile tylko te stosunki mogą mieć jakiś wpływ na wyniki działalności przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego.

Wszystkie te uprawnienia, jakie poszczególne ustawodawstwa przyznają władzy wykonywującej nadzór nad zakładami ubezpieczeń, byłyby w znacznej mierze pozbawione realnej treści, gdyby równocześnie prawo nie dawało tejże władzy środków do zmuszenia przedsiębiorstwa do zastosowania się do obowiązujących przepisów, bądź też wydanych zarządzeń. Poszczególne ustawy o nadzorze przewidują tylko jeden właściwy środek przymusowy: karę porządkową. Oczywiście nie przesądza to jeszcze kwestji, czy porządek prawny danego kraju nie daje władzy nadzorczej jeszcze innych środków przymusowego wykonania jej decyzyj z mocy przepisów ogólnych. Jasnem jest, że w praktyce władze nadzorcze bardzo często posługują się naganą i upomnieniem, środków tych jednak nie można uważać za środki przemusowego wykonania decyzyj. Specjalny, bodaj wyłącznie represyjny charakter posiadają kary nakładane w postępowaniu karnem.

Najdalej idącem zarządzeniem władzy jest zakaz zawierania nowych ubezpieczeń względnie cofnięcie zezwolenia na działalność lub przymusowa likwidacja przedsiębiorstwa. Cofnięcie zezwolenia na działalność względnie przymusowa likwidacja w systemie nadzoru materjalnego nad zakładami ubezpieczeń nie powinny nosić charakteru ani kary, ani środka przymusowego. Na gruncie wszystkich ustawodawstw, opartych na systemie nadzoru materjalnego, cofnięcie zezwolenia lub przymusowa likwidacja występują zawsze wówczas, gdy dalsza działalność przedsiębiorstwa zagraża interesom ubezpieczających. Poszczególne jednak ustawodawstwa dopuszczają także cofnięcie zezwolenia na działalność w przypadkach, gdy przedsiębiorstwo w swej działalności stale narusza obowiązujące przepisy lub gdy działalność jego stale wchodzi w kolizję z dobremi obyczajami. Wobec ogólnego sformułowania przypadków, w których może nastąpić odebranie zezwolenia na działalność, władza nadzorcza ma naogół szerokie granice dla swobodnego uznania przy ocenie zachodzących okoliczności. W każdym jednak razie wobec tego, że odebranie zezwolenia na działalność nie powinno być ani karą, ani środkiem przymusowym, odebranie zezwolenia na działalność musi następować rzeczywiście po wyczerpaniu wszelkich innych środków, zmierzających do naprawy stanu rzeczy, a więc upomnień, kar porządkowych, kar sądowych i t. p. Prawo przytem szwajcarskie wyraźnie przewiduje konieczność przeprowadzenia próby sanacji przedsiębiorstwa jako warunku poprzedzającego cofnięcie zezwolenia na działalność.

Tak mniejwięcej przedstawia się w ogólnych rysach obraz systemu materjalnego nadzoru nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi.

Niewątpliwie system przepisów normatywnych jest bardziej prosty. Jako wzór tego systemu może służyć ustawodawstwo angielskie. Zasady jego powstają już w siódmym dziesiątku XIX stulecia. Obecnie nadzór w Anglji opiera się na ustawie z r. 1909. Przewiduje ona obowiązek składania kaucji i tworzenia funduszu dla każdego działu ubezpieczeń, który odpowiada tylko za zobowiązania tego działu, dla którego został utwo-

rzony[11]). Pozatem bardzo skrupulatnie reguluje sprawozdawczość przedsiębiorstw dla uzyskania maksymalnej jawności istotnych wyników działalności przedsiębiorstwa, a jako stały środek kontroli metody ubezpieczeniowej przyjmuje okresową (conajmniej co lat 5) ekspertyzę finansową, zawierającą szacunek zobowiązań, dokonany w formie przepisanej przez rzeczoznawcę - matematyka ubezpieczeniowego[12]. Ta ekspertyza finansowa w systemie angielskim stanowi niejako finansowy sprawdzian wytrzymałości stosowanych zabiegów technicznych. Sprawozdania rachunkowe i wszelkie inne sprawozdania oraz ekspertyzy przesyła się Ministerstwu Handlu, które może żądać poprawek lub uzupełnień i przedkłada je corocznie Parlamentowi[13]). Niezależnie od tego przedsiębiorstwo ma obowiązek ich drukowania i wydawania na żądanie zarówno ubezpieczającym, jak

---

[11]) 1. M. R. Emanuel. Insurance. Law, Theory and Practice str. 421: „2. Every assurance company shall deposit and keep deposited with the Paymaster-General for and behalf of the Supreme Court the sum of twenty thousand pounds. The sum so deposited shall be invested by the Paymaster-General in such of the securities usually accepted by the Court for the investment of funds placed under its administration as the company may select, and the interest accruing due on any such securities shall be paid to the company... Where a company carries on, or intends to carry on, assurance business of more than one class, a separate sum of twenty thousand pounds shall be deposited and kept deposited under this section as respects each class of business, and the deposit made in respect of any class of business, in respect of which a separate assurance fund is required to be kept shall be deemed to form part of that fund, and all interest accruing due on any such deposit or the securities in which it is for the time being invested shall be carried by the company to that fund... 3. In the case of an assurance company transacting other bussiness besides that of assurance or transacting more than one class of assurance business, a separate account shall be kept of receipts in respect of the assurance business or of each class of assurance business, and the receipts in respect of the assurance business, or, in the case of a company carrying on more than one class of assurance business, of each class of business, shall be carried to and form a separate assurance fund with an appropriate name: Provided that nothing in this section shall require the investments of any such fund to be kept separate from the investments of any other fund. A fund of any particular class shall be as absolutely the security of the policy holders of that class as though it belonged to a company carrying on no other business than assurance business of that class, and shall not be liable for any contracts of the company for which it would not have been liable had the business of the company been only that of assurance of that class, and shall not be applied, directly or indirectly, for any purposes other than of the class of business to which the fund is applicable".

[12]) „5. Every assurance company shall, once in every five years, or at such shorter intervals as may by prescribed by the instrument constituting the company, or by its regulations or byelaws, cause an investigation to be made into its financial condition, including a valuation of its liabilities, by an actuary, and shall cause an abstract of the report of such actuary to be made in the form or forms set forth in the Fourth Schedule to this Act and applicable to the class or classes of assurance business carried on by the company. The foregoing provisions of this section shall also apply whenever at any other time an investigation into the financial condition of an assurance company is made with a view to the distribution of profits, or the results of which are made public".

[13]) „27. The Board of Trade shall lay annually before Parliaments the accounts, balance sheets, abstracts, statements, and other documents under this Act, or purporting to be under this Act, deposited with them during the preceding year, except reports on the affairs of assurance companies submitted to the shareholders or policy holders thereof, and may append to such accounts, balance sheets, abstracts, statements, or other documents any note of the Board of Trade thereon, and any correspondence in relation thereto".

i akcjonarjuszom [14]). Jak z powyższego widzimy, istota nadzoru polega na bardzo daleko posuniętej jawności, umożliwiającej kontrolę samym zainteresowanym. Prawo polskie przewiduje również obowiązek wydawania drukowanych sprawozdań ubezpieczonym, ale przedsiębiorstwo polskie nie jest obowiązane do drukowania i publikowania wszelkich wykazów, jakie przesyła władzy nadzorczej. Pozatem jednak zarówno Ministerstwo Handlu, jak i Sąd, posiadają dość znaczne uprawnienie, a nawet znaczny zakres swobodnego uznania. Tak np. sąd może redukować sumy ubezpieczenia lub zmieniać warunki umowy w miejsce zarządzania likwidacji [15]). Na przedsiębiorstwo mogą być nakładane stosunkowo znaczne grzywny, przyczem, jeśli one nie odniosą skutku, Sąd może zarządzić likwidację [16]). W gruncie rzeczy zatem już i system angielski nie stanowi czystego systemu przepisów normatywnych. I tutaj występuje w pewnym zakresie stała bieżąca kontrola nad działalnością przedsiębiorstwa.

Oczywistem jest, że jeden i drugi system nadzoru dotyczy wyłącznie przedsiębiorczości prywatnej. Nadzór nad własnemi instytucjami państwowemi wzgl. instytucjami prawno-publicznemi, o ile on nawet wykonywany jest w identyczny sposób i identycznemi środkami, musi z istoty rzeczy posiadać zupełnie odmienny charakter. Nadzór nad przedsiębiorczością prywatną dotyczy tylko legalności jej działalności, nadzór nad instytucjami prawno-publicznemi wkracza również w dziedzinę jej celowości.

Pomimo to, że kontrola bieżąca ogranicza się tylko do czuwania, czy działalność przedsiębiorstwa obraca się w zakreślonych dlań granicach, to jednak nie da się zaprzeczyć, że już nadzór angielski, a tem bardziej nadzór amerykański, francuski i niemiecki stanowią system daleko posuniętej, pozytywnej ingerencji władzy publicznej w życie gospodarcze dla osiągnięcia określonego celu, zapewnienia warunków prawidłowego rozwoju stosunków wzajemnych między przedsiębiorstwem, a ubezpieczającymi. Historja przytem wskazuje na stałą tendencję obostrzania nadzoru. Tendencja ta widoczna już przed wojną, w czasie wojny i po wojnie nabrała jeszcze wyrazistości. W latach 1922 do 1933 już w samej Europie kładły nowoczesne podstawy prawne pod nadzór nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowemi: Holandja w r. 1922 i w r. 1924, Węgry w r. 1923, Italja w r. 1923 i 1925, Bułgarja w r. 1926 i 1931, Polska w r. 1928, Portugalja w r. 1929, Rumuuja i Belgja w r. 1930, Łotwa w r. 1933, Finlandja w r. 1933.

---

[14]) „8. A printed copy of the last deposited accounts, balance sheet, abstract, or statement, shall on the application of any shareholder or policy holder of the company be forwarded to him by the company by post or ortherwise".

[15]) „18. The Court, in the case of an assurance company which has been proved to be unable to pay its debts, may, if it thinks fit, reduce the amount of the contracts of the company upon such terms and subject to such conditions as the Court thinks just, in place of making a winding up order".

[16]) „23. Any assurance company which makes default in complying with any of the requirements of this Act shall be liable to a penalty not exceeding one hundred pounds, or, in the case of a continuing default, to a penalty not exceeding fifty pounds for every day during which the default continues, and every director, manager, or secretary, or other officer or agent of the company who is knowingly a party to the default shall be liable to a like penalty, and if default continue for a period of three months after notice of default by the Board of Trade.... the default shall be a ground on which the Court may order the winding up of the company, in accordance with the Companies (Consolidation) Act 1908".

Nowelizowały swe przepisy w tym czasie: Danja w r. 1922, Grecja w r. 1926, Szwajcarja w r. 1930 i 1931, Hiszpanja w r. 1925 i 1927, Niemcy w r. 1931, Polska w r. 1932 i 1933.

Zobaczmy teraz, jaki wpływ posiada nadzór i jego wykonywanie na samą działalność przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Przez zatwierdzenie podstaw działalności, względnie przez przepisy prawa, państwo zakreśla w formie nadzoru ramy polityki finansowej przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, dąży do zabezpieczenia interesów ubezpieczających na majątku zakładu ubezpieczeń, bada stale równowagę finansową przedsiębiorstw i stara się zapobiegać naruszeniu tej równowagi. W drodze ingerencji we wzajemne stosunki przedsiębiorstw ubezpieczeniowych i przez uzyskiwanie wpływu na kształtowanie się rynku ubezpieczeniowego, stara się nawet usunąć warunki, które mogą naruszyć równowagę finansową zakładów ubezpieczeń. Jak już powiedzieliśmy na wstępie, ubezpieczenie jest pewną metodą, nadzór przedewszystkiem ma na celu utrzymanie założonej, prawidłowej metody, a zatem i pewnego założonego zgóry planu. Co zatem to wszystko oznacza, czyż w tej ingerencji państwowej, jaką jest nadzór, nie należałoby widzieć pewnego typu tej tak głośnej dzisiaj „planowości" i to planowości, zapoczątkowywanej i rozwijanej, kiedy nie śniło się jeszcze o niej w czasie, kiedy życie gospodarcze starało się układać po linji liberalizmu ekonomicznego. Niewątpliwie działanie organów nadzorczych musiało silnie wpływać w tym kierunku, podobnie jak nieraz działalność tych organów wyprzedzała lub przygotowywała wprowadzenie lub obostrzenie nadzoru. Tak np. we Francji władza administracyjna zmusiła przedsiębiorstwa do poddania się obostrzonej kontroli, uzależniając od tego zgodę na zmianę stopy technicznej przy kalkulacji składek ubezpieczeniowych[17]. Ta „planowość" prawdopodobnie powoduje, że, o ile nawet nigdzie nadzór nie mógł uchronić życia gospodarczego całkowicie przed załamywaniem się zakładów ubezpieczeń, to jednak nikt nie może zaprzeczyć, że wszędzie w znacznej mierze przyczynił się do stabilizacji stosunków w przemyśle ubezpieczeniowym. Co więcej, w ostatnim czasie widzimy coraz częściej rozciąganie nadzoru wykonywanego przez ten sam organ, a więc i tego samego typu planowość, na czynności gospodarcze, nie będące ubezpieczeniem. Ma to miejsce we Francji (operacje oszczędnościowe), w Anglji (bond investment business), w Niemczech (Bausparkassen).

W tych warunkach „planowości", w jakiej ma żyć przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe, musi wyłonić się konieczność oparcia nadzoru na przemyślanych zasadach, przedewszystkiem zaś musi wystąpić konieczność uzgodnienia wymogów, jakie są potrzebne dla rozwinięcia się prywatnej przed-

---

[17]) Joseph Hémard o. c. str. 441: „Auparavant les sociétés d'assurances autres que sur la vie n'étaient l'objet d'aucune surveillance. Au contraire, les compagnies d'assurances à primes fixes sur la vie étaient soumises a un contrôle d'abord limité. Réglementée par leurs statuts, cette surveillance était rudimentaire et insuffisante... Le ministre du Commerce adressait le 5 juin 1875 aux directeurs des compagnies d'assurances sur la vie à primes fixes une lettre leur faisant part de son intention d'organiser un contrôle de leurs opérations... Quelques années après, quand le taux de l'intérêt, s'abaissa de 5% à 3% ces compagnies, dont les tarifs etaient calculés sur le taux de 5% demandèrent au gouvernement de les autoriser à relever leur primes: une approbation administrative leur était indispensable à cet effet. Cette approbation ne leur fut accordée que sous la condition d'accepter le contrôle auquel elles s'étaient soustraites. Ainsi des circonstances économiques fortuites avaient fourni à l'administration l'occasion de ressaisir son autorité".

siębiorczości, z wymogami protekcji interesów ubezpieczających, o ile tylko staniemy na stanowisku wolnej, kapitalistycznej gospodarki i potrzeby poparcia rozwoju ubezpieczeń, jako czynnika, niezbędnego dla rozwoju gospodarki narodowej. O ile niewątpliwie słusznem byłoby twierdzenie, że najlepszem zabezpieczeniem klientów jest zdrowy rozwój przedsiębiorstwa, to jednak, gdyby zastosować z dokładnością matematyczną zasadę słuszności, to może niezawsze to uzgodnienie byłoby łatwe. O ile przytem organ nadzorujący ma być organem planującym i opinjującym projektowane zabiegi techniczne, to wówczas jasnem się staje, że muszą być stawiane w stosunku do niego bardzo duże wymagania fachowe. Dla sprostania zadaniom należycie musi się stać w znacznej mierze niezależnie od swej praktycznej, kontrolnej działalności, jakimś instytutem naukowym, jakiemś laboratorjum, w którem mogłyby być badane wszelkie projekty z zakresu techniki ubezpieczeniowej z punktu widzenia zdolności ich do wytrzymania egzaminu życiowego. Dotychczas naogół nadzór zdał w wielu krajach egzamin z umiejętności utrzymania się na odpowiednio wysokim poziomie fachowym [18]).

Ze sprawą tą łączy się jeszcze inne zagadnienie, a mianowicie zagadnienie polityki ubezpieczeniowej, które niejednokrotnie jest również zagadnieniem pewnej planowości, tylko nie skierowanej już na realizowanie określonego porządku prawnego, ale wychodzącej poza ten porządek, realizującej pewne, określone cele.

Już w swej ostatniej pracy: „System nadzoru materjalnego nad zakładami ubezpieczeń" wskazałem, że w praktyce nadzór nad zakładami ubezpieczeń w niektórych krajach dawno wyszedł poza swoje istotne zadanie. Państwo niejednokrotnie, jako przedstawiciel interesów publicznych, tu i ówdzie musiało ingerować na korzyść ogólnych interesów gospodarstwa narodowego. Było to realizacją w nadzorze pewnych założeń i koncepcyj państwowej polityki ubezpieczeniowej, jako części ogólnej państwowej polityki gospodarczej.

Stąd też istotne problemy nadzoru są także z reguły problemami polityki ubezpieczeniowej. Niejednokrotnie traktuje się sam nadzór jako zagadnienie, które wyczerpuje całokształt państwowej polityki ubezpieczeniowej, co jednak tylko wyjątkowo może mieć miejsce. Tem niemniej musimy zdawać sobie sprawę z istniejących tendencyj realizacji postulatów państwowej polityki gospodarczej w stosunku do dziedziny ubezpieczeń w ramach nadzoru nad zakładami ubezpieczeń. Wzajemne ustosunkowanie się tych dwu zagadnień stanowi niewątpliwie również poważny problem. A dzięki temu, że ubezpieczenie jest pewnym rodzajem stałej oszczędności dla zebrania funduszów na zapotrzebowanie pieniężne, które kiedyś w przyszłości może się zdarzyć, że gwarantuje, iż w razie potrzeby należne kwoty

---

[18]) Joseph Hémard o. c. t. I. str. 254: „On peut dire qu'il a partout réussi et on doit ajouter qu'il a profité au développement des assurances, en obligeant les assureurs à choisir avec soin leurs bases de calcul et à introduire tous les progrès désirables dans leur gestion. En Angleterre, l'influence de l'Institut des actuaires a contribué à son succès, en tirant de la technique une morale, professionelle de l'assurance. En Suisse, quoique toujours dominé par l'intérêt national, le Bureau fédéral a su s'inspirer de l'intérêt scientifique en matière d'assurances, et il a hâté notamment les réformes techniques de l'assurance sur la vie en France en poussant les compagnies françaises fonctionnant sur le territoire hélvetique à établir une table de mortalité d'après leur expérience".

zostaną postawione do dyspozycji, że opiera się na zaufaniu i że zasadnicza część ceny — ryzyko nie zależy od sprawności gospodarczej przedsiębiorstwa, poszczególne zagadnienia ekonomiczne muszą się przedstawiać w ubezpieczeniach inaczej, niż w innych działach gospodarczych. Weźmy pod uwagę np. kwestję karteli. W ubezpieczeniach mają one bezspornie w znacznej mierze inny charakter, niż w przemyśle. Przedewszystkiem daleko dobitniej w nich występuje charakter racjonalizujący. Ale wyobraźmy sobie, że ogólna tendencja antykartelowa powoduje również i w ubezpieczeniach cennikową walkę konkurencyjną. Co się dzieje? Wszak istnieje nadzór — i przedsiębiorstwo winno stosować ceny, odpowiadające rzeczywistym potrzebom — i zasady, według których je ustala, podaje władzy nadzorczej. Walka łatwo doprowadza do upadłości najsłabszych zakładów, a tem samem wskazuje na brak aktywności nadzoru. Nic też dziwnego, że bardzo często organy nadzorcze interwenjowały już przeciwko obniżaniu taryf w walce konkurencyjnej. Miało to miejsce nie w jedym kraju. Przypominam przytem, że w ubezpieczeniach na życie taryfy z reguły są zatwierdzane, a w Polsce nawet państwowa władza nadzorcza ustala stawki minimalne, poniżej których nie zatwierdza zakładom nowych taryf. Oczywiście w działach ubezpieczeń rzeczowych może w ramach polityki ubezpieczeniowej wystąpić dążenie zepchnięcia taryf do poziomu, w którym może wytrzymać najlepiej gospodarujące przedsiębiorstwo. O ile jednak nie ma ono zagrażać interesom ubezpieczających, to równocześnie powinny być przedsięwzięte środki, mające na celu uchronienie ubezpieczających przed poważniejszemi stratami z powodu upadłości zakładów. Wogóle można zaryzykować twierdzenie, że żaden cel z zakresu polityki ubezpieczeniowej, a więc „planowości celowej", nie powinien być realizowany bez odpowiednich zarządzeń w ramach nadzoru, a więc „planowości praworządnej". W wielu przypadkach realizację pewnego zagadnienia z zakresu polityki ubezpieczeniowej da się uzyskać tylko poprzez pewne zarządzenia w stosunku do samych technicznych zabiegów, t. j. metody ubezpieczeniowej. Weźmy choćby dla przykładu ochronę rynku przed zagraniczną konkurencją. Najczęstszym środkiem ochronnym będą wysokie stawki kaucji. Tymczasem może się okazać, że stawki nawet wysokie będą miały charakter stawek prohibicyjnych tylko wówczas, kiedy tak jak to ma miejsce w niektórych Stanach Ameryki Północnej i w bardzo nielicznych innych krajach, ograniczy się sumę ubezpieczenia, jaką może przyjąć jeden zakład ubezpieczeń. Najłatwiej bowiem grupie zakładów zagranicznych stworzyć jedną ekspozyturę, która obdzieli interesem całą grupę. Jak widzimy, celowość ochrony krajowego rynku łączy się ściśle z czysto technicznem zagadnieniem ubezpieczeniowem i tak może być przy każdem poważniejszem gospodarczem, ubezpieczeniowem zagadnieniu, którego celowe rozwiązanie może niejednokrotnie wymagać odpowiedniego nastawienia techniki. Nadzór i polityka ubezpieczeniowa wiążą się w obecnym rozwoju stosunków niejednokrotnie tak ściśle, że mogą powstawać wątpliwości, co dzieje się z racji ochrony interesów ubezpieczających, a co dla realizacji pewnych celów polityki ubezpieczeniowej.

Osobną grupę zagadnień mogą stanowić występujące w Italji i Niemczech tendencje przerzucenia pewnych czynności nadzorczych i kierowniczych na korporacje. Tendencje te są nadzwyczaj ciekawe, należy je obserwować b. pilnie, ich realizacja może wprowadzić poważny przewrót w nad-

zorze ubezpieczeniowym tych państw. Tendencje te w Niemczech posiadają jeszcze zbyt mało skonkretyzowany charakter poza odczuwaną powszechnie koniecznością dostosowania nadzoru i polityki ubezpieczeniowej do nowych myśli gospodarczych, żeby już obecnie było wskazanem poświęcenie im więcej uwagi w takim z natury rzeczy sumarycznym przeglądzie rozwoju nadzoru nad zakładami ubezpieczeń i występujących w nim najważniejszych problemów, jak niniejszy artykuł.

Dr. Zdzisław Szymański.

UBEZPIECZENIE ANORMALNYCH RYZYK ŻYCIOWYCH.

„Bo na tym świecie śmierć wszystko zmiecie,
Robak się lęgnie i w bujnym kwiecie...".

Gdy szukałem wstępu dla dzisiejszego odczytu [1]), wróciłem myślami do lat w Polsce spędzonych i nasunęły mi się te słowa nieśmiertelnego poematu, których mogłoby użyć jako motto każde towarzystwo ubezpieczeń na życie. Szczególnie zdają mi się te słowa nadawać do krótkiej definicji anormalnych ryzyk życiowych. Anormalne ryzyka życiowe to są te kwiaty, w które — w najszerszem tego słowa znaczeniu, a więc w historji rodziny lub w historji indywiduum — robak się wkradł.

Ubezpieczenie anormalnych ryzyk życiowych jest dziedziną graniczną dwóch działów wiedzy ubezpieczeniowej: medycyny ubezpieczeniowej i matematyki ubezpieczeniowej. I to może było przyczyną, że przeszło 200 lat musiało upłynąć od czasu założenia pierwszych większych towarzystw ubezpieczeń na życie do chwili, w której te towarzystwa zaczęły na większą skalę ubezpieczać ludzi niezupełnie zdrowych.

Wiemy wszyscy, co z punktu widzenia praktyki asekuracyjnej należy rozumieć pod anormalnem ryzykiem życiowem (by się krócej wyrażać, będę mówił o anormalnem ryzyku albo o anormalnem życiu). Anormalnem ryzykiem jest ryzyko, którego towarzystwo nie ubezpiecza za składką taryfy normalnej. Ścisła definicja pojęcia anormalnego życia jest dość trudna; nie można jej jednak ominąć, bo — jak w każdej dziedzinie wiedzy — bez ścisłej definicji nie można i problemu ściśle sformułować. Myślą przewodnią ubezpieczenia jest zebranie w całość pewnej ilości jednostek, którym wszystkim grozi wspólne i *równe* niebezpieczeństwo, i sprawiedliwe rozdzielenie szkód, które się wydarzyły, na barki wszystkich jednostek tej całości. Przy ubezpieczeniu na życie ludzi zdrowych można te szkody zgóry obliczyć. Porządek, w jakim pewna całość, składająca się z odpowiednio wielkiej liczby jednostek zupełnie zdrowych, zmniejsza się przez śmierć tych jednostek, można dokładnie — w sposób godny podziwu — przepowiedzieć i dlatego można też szkody w sposób sprawiedliwy rozdzielić. Przeprowadzenie zasady sprawiedliwego rozdziału szkód przy ubezpiecze-

[1]) Odczyt ten został wygłoszony w Warszawie, dnia 4-go kwietnia 1934, na zaproszenie Zjednoczenia działających w Polsce Towarzystw Ubezpieczeń na życie i Polskiego Instytutu Aktuarjuszy.

niu anormalnych ryzyk to jest ostatni cel teorji tego działu ubezpieczenia na życie.

Zasada sprawiedliwości z punktu widzenia techniki asekuracyjnej prowadzi w konsekwencji do następującej definicji anormalnego ryzyka: Życiem anormalnem jest ta jednostka, której do danej całości osób ubezpieczonych na życie przyjąć nie można, gdyż zachodzi uzasadniona obawa, że przez przyjęcie wielkiej ilości takich ryzyk nie będzie można przeprowadzić rozdziału szkód na wszystkie jednostki danej całości w sposób odpowiadający zasadzie sprawiedliwości asekuracyjno - technicznej. Takie jednostki anormalnych ryzyk należy dlatego złączyć w nowe całości i zadanie lekarza asekuracyjnego polega na tem, by przy prowizorycznem tworzeniu nowych całości, nowych grup, działać w sposób możliwie odpowiadający wspomnianej zasadzie sprawiedliwości. Ścisła definicja pojęcia życia anormalnego jest trudną, a to głównie z tej przyczyny, że jest to pojęcie relatywne i jak przy każdem pojęciu relatywnem należy przedtem zdefinjować odnośny przedmiot. Nie zamierzam zajmować się tu wszystkiemi definicjami, które dotychczas proponowano dla pojęcia życia anormalnego i chciałbym tylko tyle powiedzieć, że między definicją pojęcia anormalnego życia a między metodą ubezpieczenia anormalnego życia zachodzi ścisły związek. Jest to zupełnie naturalne, bo w wiedzy zawsze zachodzi ścisły związek między sformułowaniem i rozwiązaniem problemu. Mnie się zdaje, że należy dać pierwszeństwo tej metodzie ubezpieczenia anormalnych ryzyk, która nosi cechy ostatecznego rozwiązania tego problemu, a więc metodzie hypotetycznych tablic śmiertelności, i dlatego też wypowiedziałbym się za tą definicją anormalnego ryzyka, która w przyszłości doprowadzić może do empirycznych tablic śmiertelności. Odnośny przedmiot, życie normalne, definjuje Blaschke, jeden z pionierów na tem polu, którego lata całe znałem i któremu chętnie hołd pietyzmu składam, jako życie, przy którem w chwili zawarcia ubezpieczenia nie można było skonstatować żadnych symptomów prowadzących przypuszczalnie do skrócenia życia. Tej definicji negatywnej pozwalam sobie przeciwstawić definicję pozytywną, która życie normalne określa kwantytatywnie i kwalitatywnie: kwantytatywnie przez poszczególne rozmiary ciała, wagę, ciśnienie krwi, liczbę pulsu, wielkość serca i t. d., kwalitatywnie przez skonstatowanie stanu wszystkich ważnych dla życia organów. Ustanowienie normy przeciętnej dla każdego wieku jest zadaniem lekarza. Życie normalne jako odnośny przedmiot nie musi oczywiście istnieć, ale chodzi o to, aby je raz na zawsze dokładnie opisać. Nauka o konstytucji człowieka i obserwacje towarzystw asekuracyjnych przeprowadzone na materjale ludzi przeciętnie zdrowych mogłyby dać materjał dla ustanowienia takich norm przeciętnych. Lekarz ustanawiający te normy musiałby zapoznać się dokładnie z pojęciami i teorją tak zwanej „Kollektivmasslehre" i z nowemi metodami statystyki. Zgodziwszy się na tę definicję życia normalnego, możnaby życie anormalne zdefinjować jak następuje: Życie anormalne jest to indywiduum, przy którem, przez współdziałanie wszystkich zboczeń od norm przeciętnych, należy się spodziewać zwiększenia prawdopodobieństwa śmierci o więcej jak naprzykład o 20%.

Na tem pozwalam sobie wstępne i zbyt już może długie rozważanie teoretyczne zakończyć.

O ubezpieczeniu anormalnych ryzyk można mówić z różnych punktów widzenia. Jest to dziś przedmiot bardzo rozległy; należy do tego przedmiotu rozważanie niektórych specjalnych kwestyj z działu medycyny asekuracyjnej, jak naprzykład oszacowanie ryzyk o wysokiem ciśnieniu krwi albo ryzyk o wadach serca albo ryzyk chorych na cukrzycę i t. d., względnie rozważanie poszczególnych kwestyj z punktu widzenia matematyki ubezpieczeniowej, jak obliczanie rezerw dla anormalnych ryzyk lub też zastanawianie się nad licznemi problemami statystyki. Takich przykładów mógłbym wiele naliczyć i każdy z tych problemów byłby wdzięcznym tematem, którymby można odczyt wypełnić. Uważam jednak za moje zadanie, dać raczej w sposób ogólny obraz całokształtu ważniejszych okresów rozwoju tego działu ubezpieczenia na życie i dzisiejszego stanu tego problemu.

W historji rozwoju problemu ubezpieczenia anormalnych ryzyk można rozróżnić 4 okresy: Pierwszy okres do roku 1896, drugi od roku 1896 do roku 1916, trzeci od roku 1916 do roku 1927, czwarty od roku 1927 do dnia dzisiejszego.

Wszystkie próby ubezpieczeń anormalnych ryzyk poczynione przez towarzystwa przed rokiem 1896 mają dziś tylko czysto historyczne znaczenie. Do pierwszych kroków na tem polu zaliczyć należy założenie towarzystwa Clerical, Medical and General Life Assurance Company w Londynie w roku 1824, później angielskiego towarzystwa Medical Invalid and General L. Ass. Society w roku 1841, a szczególnie towarzystwa szkockiego „Scottish Under — Average Ass.” w roku 1873, którego nazwa oznacza towarzystwo dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk. W Niemczech założone zostało w roku 1878 specjalne towarzystwo dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk (Allgemeine Versicherungsanstalt zu Leipzig), które jednak wkrótce się rozwiązało. Kronikę tych i innych prób praktycznych podałem w pracy wydanej w roku 1917 i w drugiej wydanej w roku 1927 [2]). Nie chcę nużyć szanownych słuchaczy wyliczaniem pojedyńczych towarzystw i dotyczących szczegółów. Wszystkie próby rozwiązania problemu ubezpieczenia anormalnych ryzyk, poczynione w drugiej połowie XIX wieku można krótko tem scharakteryzować, że starano się właściwie przenieść ryzyko na ubezpieczonych (wypłacanie sumy ubezpieczonej tylko stosownie do ilości szkód danego roku, albo karencje, albo wypłacanie części kapitału ubezpieczonego, jak np. w trzecim roku 30%, w czwartym 40% i t. d.).

Jako początek drugiego okresu w rozwoju ubezpieczenia anormalnych ryzyk podałem rok 1896. Przez około 6 lat przedtem, a więc w latach 1890 do 1896 amerykańskie towarzystwo New - York obserwowało ryzyka, które w tym czasie nie zostały przyjęte. W ten sposób zebrało to towarzystwo odpowiednie statystyczne dane i na podstawie tychże rozpoczęło w roku 1896 po raz pierwszy na większą skalę ubezpieczać anormalne ryzyka.

W roku 1905 siedem towarzystw Holandji zakłada towarzystwo De Hoop, które sią zajmuje wyłącznie — i do dziś dnia — ubezpieczeniem anormalnych ryzyk.

W roku 1909 odbył się we Wiedniu szósty międzynarodowy kongres dla wiedzy ubezpieczeniowej. Na porządku dziennym tego kongresu znajdował się między innymi także następujący temat: „Czy należy ryzyka ży-

---

2) Ehrenzweig' Assekuranz-Jahrbuch, Wien, 1917.
Transactions of the eighth international Congress of actuaries, London, 1927.

ciowe dziś nieubezpieczalne ubezpieczać wedle specjalnych klas niebezpieczeństwa? W razie potwierdzenia tego pytania, w jaki sposób można uzyskać odpowiednie podstawy techniczne?" Pierwszorzędni teoretycy i praktycy zabierali wtedy głos w tej sprawie, ale dzisiaj już samo sformułowanie tego problemu wykazuje nam, że ubezpieczenie anormalnych ryzyk znajdowało się w owym czasie jeszcze prawie wszędzie w stadjum początkowem. Tylko mała ilość prelegentów mogła referować o praktycznych próbach rozwiązania tego problemu. Z referatów tych wynika, że wtedy tylko najlepsze z anormalnych ryzyk próbowano ubezpieczać, tak zwane ryzyka przystosowane (nazwa oznacza, że te ryzyka jeszcze do normalnych ryzyk można przystosować, niemiecki wyraz brzmi „angepasste Risken"). Granicą, do której się wtedy posuwano, były ryzyka, które dziś nazwalibyśmy ryzykami o nadśmiertelności 50%-owej, t. zn. ryzyka, u których prawdopodobieństwo śmierci przyjmujemy jako o 50% większe niż prawdopodobieństwo śmierci normalnych ryzyk. Tylko w Ameryce już wtedy przyjmowano ryzyka o nadśmiertelności 75% i w kilku wyjątkowych wypadkach posuwano się do ryzyk o nadśmiertelności 100%. Z referatu R. Huntera ogłoszonego w roku 1909 na kongresie we Wiedniu wynika, że w towarzystwie New - York był wtedy ubezpieczony kapitał 250 miljonów dolarów na życie anormalnych ryzyk.

Przechodząc z kolei do trzeciego okresu w tej krótkiej historji rozwoju naszego problemu, zaznaczam, że jako początek tego okresu obrałem rok 1916. W drugiej połowie roku 1915 szwedzkie towarzystwo reasekuracyjne „Sverige" urządziło osobny oddział dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk. W 1916 roku 21 towarzystw niemieckich założyło towarzystwo akcyjne „Hilfe", które miało wyłącznie zająć się ubezpieczeniem anormalnych ryzyk. W tym samym roku 1916 założono we Wiedniu Związek wszystkich wtedy w Austrji pracujących towarzystw ubezpieczeń na życie, t. zw. „Związek dla anormalnych ryzyk życiowych". Prace około założenia tego Związku rozpoczęli *R. Königsberger* i *L. Osorowitz* już na 4 lata wcześniej, w roku 1912 a więc w czasie kiedy jeszcze wzory jak „Sverige" i „Hilfe" nie istniały. Prace przygotowawcze do założenia tego Związku, rozpoczęte w roku 1912, przerwane w roku 1913, kontynuowane w roku 1915, doprowadziły wreszcie 27.VII.1916 do założenia Związku austrjackiego, a 19.XII.1916 do założenia podobnego Związku węgierskiego. Do Związku austrjackiego należało wtedy 30 towarzystw; Związek węgierski po kilku latach przestał istnieć, podobnie i wspomniane towarzystwo „Hilfe". Związek austrjacki jak wiadomo do dziś dnia istnieje i przeistoczył się w międzyczasie w Związek o charakterze międzynarodowym. W tym samym roku 1916 założyły prawie wszystkie duńskie towarzystwa wspólnie towarzystwo „Dana" w Kopenhadze; w roku 1917 założyły towarzystwa norwegskie wspólnie towarzystwo „Norske Folk", a w roku 1919 towarzystwa finlandzkie towarzystwo „Varma". Wszystkie te towarzystwa zajmują się specjalnie ubezpieczeniem anormalnych ryzyk. Mniej więcej w tym samym czasie lub kilka lat później rozpoczynają także wielkie towarzystwa reasekuracyjne jak Kölnische, Münchener i Schweizer reasekurację anormalnych ryzyk na wielką skalę. Widzimy więc, że w przeciągu kilku lat w wielu krajach Europy organizacja ubezpieczeń anormalnych ryzyk postępuje szybko naprzód. Ma się wrażenie, że w tych latach 1916 do 1919 owoce prac przygotowawczych równocześnie w wielu krajach doj-

rzewają. Rzecz ma się jednak tak, że w tych latach powojennych ilość anormalnych ryzyk była większa niż przedtem i problem ten był więc bardzo aktualnym.

W roku 1922 zostaje założony w Pradze Związek czeskich towarzystw dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk, a w roku 1927 we Włoszech Consorzio Italiano per L'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati. Jak z tego zestawienia wynika, we wszystkich krajach obrano dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk formę poolu, w państwach skandynawskich i w Holandji założono pool w formie specjalnego towarzystwa akcyjnego, w Austrji, w Czechach i we Włoszech w formie Związku. Do Związku wiedeńskiego należy dzisiaj 28 towarzystw, a mianowicie: 10 towarzystw austrjackich, 1 bułgarskie, 5 towarzystw jugosłowiańskich, 3 polskie, 5 rumuńskich, 2 węgierskie i 2 włoskie.

Jako początek czwartego okresu w tej historji naszego problemu obrałem rok 1927, a to z dwóch przyczyn: W roku 1927 odbył się w Londynie VIII kongres międzynarodowy dla wiedzy ubezpieczeniowej. Podczas gdy 18 lat temu, na kongresie wiedeńskim, jeden z tematów brzmiał: „Czy należy ubezpieczyć anormalne ryzyka, a jeśli tak, to jak i t. d.", to na kongresie londyńskim w roku 1927 spotykamy temat: „Insurance of underaverage lives", a więc mówi się już „o ubezpieczeniu anormalnych ryzyk" jako o czemś w praktyce istniejącem. Dwanaście prac na ten temat spotykamy w memorjałach tego kongresu: trzech prac dostarczyły Stany Zjednoczone Ameryki północnej, po jednej pracy dostarczyły: Anglja, Austrja, Belgja, Czechy, Danja, Finlandja, Niemcy, Norwegja i Szwecja. Drugą przyczyną, dla której rok 1927 uważam za kamień graniczny w tym krótkim historycznym przeglądzie jest to, że w roku 1927 założono coś w rodzaju Związku Związków. W dwóch pracach kongresu londyńskiego, w pracy znanego działacza na polu ubezpieczenia anormalnych ryzyk, pana *S. Palme,* jakoteż w mojej pracy proponowano założenie międzynarodowej kooperacji na polu ubezpieczenia anormalnych ryzyk. Myśl ta, niezależnie z dwu stron podniesiona, spowodowała już w Londynie podczas kongresu przygotowawcze konferencje przedstawicieli poszczególnych krajów i tego samego roku 1927 (w październiku) odbył się — przygotowany przez Związek wiedeński — pierwszy międzynarodowy kongres Związków towarzystw i innych organizacyj reasekuracyjnych dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk. Przygotowanie i wprowadzenie w życie kooperacji międzynarodowej na jakiemkolwiek polu jest rzeczą nader trudną. Wiele to wymaga pracy i wiele taktu i wiele miłości do rzeczy. I dlatego w tem miejscu nadmieniam, że wszystkiemi pracami przygotowawczemi kongresu wiedeńskiego kierował wspomniany już raz dziś jako jeden z założycieli Związku wiedeńskiego znany fachowiec reasekuracyjny a dziś dyrektor w centrali Riunione Adriatica di Sicurtà *L. Osorowitz.* Na kongresie wiedeńskim uchwalono na wniosek *Osorowitza* zaprowadzenie międzynarodowych ekspertyz o anormalnych ryzykach, tak zwanych „Internationale Zirkulargutachten". Te „Internationale Zirkulargutachten" są dziś głównym instrumentem międzynarodowej współpracy na polu anormalnych ryzyk. Centralą dla tej uchwalonej na kongresie wiedeńskim współpracy na polu ubezpieczenia anormalnych ryzyk było od roku 1927 do roku 1931 towarzystwo „Dana" w Kopenhadze; w roku 1931 odbył się przygotowany przez „Dana" drugi kongres Związków dla anormalnych ryzyk w Kopenhadze. Na kon-

gresie tym obrano jako centralę Związek wiedeński na czas 1931 do 1934 i Związek praski na czas 1934 do 1937. Trzeci kongres dla międzynarodowej współpracy na tym polu odbędzie się w Pradze, we wrześniu bieżącego roku. W tej międzynarodowej współpracy na polu ubezpieczenia ryzyk anormalnych biorą udział następujące organizacje: Dana, Norske Folk, Schweizer Rück, Sverige, Varma, Związek czeski, Związek wiedeński i Związek włoski. Na tem pozwalam sobie zakończyć ten pobieżny opis historyczny, aby przystąpić do punktu drugiego naszego tematu: O metodach oceny anormalnych ryzyk.

Można rozróżnić trzy metody oceny anormalnych ryzyk: metodę pierwszą nazwałbym prymitywną, metoda druga znana jest pod nazwą metody numerycznej, metoda trzecia to metoda tak zwanych klas niebezpieczeństwa (Gefahrenklassenmethode).

Do metod prymitywnych zaliczam wszystkie *dowolne* i *niesystematyczne* podwyższenia składki, wszystkie stopniowania (tak zwane Staffelungen) kapitału ubezpieczonego, wszystkie warunki żądające gwarancji pewnej ilości premij i t. p. Taką metodą prymitywną, która towarzystwa wiele pieniędzy kosztowała, była metoda skracania czasu ubezpieczenia. Myślano wtedy, że u pewnych anormalnych ryzyk wystarczy skrócić czas trwania ubezpieczenia na 15 lub na 10 lat i że pozatem można te ryzyka przyjąć za składką normalną. Był to błąd, bo okazało się, że anormalne ryzyka mają zwiększoną śmiertelność już w *pierwszych* latach ubezpieczenia, innemi słowy grupa takich ryzyk ma zwiększone prawdopodobieństwo śmierci już w pierwszych latach ubezpieczenia, z czego wynika, że samo skrócenie czasu trwania ubezpieczenia nie wystarcza i że musi się podwyższyć składkę w sposób odpowiadający zwiększonemu prawdopodobieństwu śmierci. Jeśli dziś przy niektórych anomaljach skracamy czas trwania ubezpieczenia, to ma to znaczenie inne: skracamy czas np. przy chorobach serca, bo wiemy, że przeważająca większość tych jednostek umiera między 55 i 65 rokiem życia, ale oprócz tego skrócenia czasu trwania ubezpieczenia stosujemy równocześnie podwyższenie składki. Niektóre z tych metod prymitywnych należą dziś już do przeszłości, jak: *niesystematyczne* podwyższenie wieku albo stopniowanie sumy ubezpieczeniowej przez cały czas trwania ubezpieczenia (np. w pierwszym roku wypłaca się 10%, w drugim 20% i t. d.). Dziś stosujemy np. jeszcze u pewnej grupy stopniowanie (Staffelung) po ⅓ lub najwyżej po ⅕, a więc stopniowanie tylko przez pierwsze 4 lata [3]) a i to jedynie w rzadkich wypadkach, np. po przebytej operacji wrzodów żołądka, i t. p., ale w większości tych wypadków wnioskodawca ma do wyboru albo przyjęcie stopniowania albo zapłacenia równoważnego podwyższenia składki. Systemu gwarancji pewnej ilości premij używało przez wiele lat de Hoop w Holandji, najstarsze z europejskich towarzystw dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk. Jest to metoda następująca: dany osobnik zostaje przyjęty na 15 lat pod tym warunkiem, że w razie śmierci pewna ilość składek, np. 7, musi być zapłaconą, jeśli więc śmieć nastąpi np. w trzecim roku, to potrąca się z sumy ubezpieczonej cztery składki. Jest to także pewnego rodzaju stopniowanie; my dziś w Związku wiedeńskim używamy tej metody tylko w jednym jedynym wypadku — żądamy gwarancji *pięciu* składek — a mianowicie wtedy, gdy na

---

[3]) W razie śmierci w pierwszym roku wypłaca się ⅕ sumy ubezpieczonej, w razie śmierci w drugim roku ⅖ i t. d.

podstawie pewnych danych zachodzi zwiększone prawdopodobieństwo samobójstwa. (Dwa wypadki samobójstwa w rodzinie albo jeśli wnioskodawca raz już był popełnił zamach samobójczy). Streszczając powyższe, można powiedzieć, że wszystkie wspomniane metody prymitywne należą dziś do przeszłości.

Przejdźmy z kolei do drugiej metody, do tak zwanej numerycznej. Metodę tę wprowadził aktuarjusz towarzystwa New - York, dziś Viceprezydent tego towarzystwa, Artur Hunter i lekarz naczelny Oscar Rogers, około roku 1896. Autorzy tej metody opisują ją następującemi mniej więcej słowy: Każdy kto ma ryzyko życiowe ocenić, zastanawia się w następujący sposób: Zaczyna np. od konstytucji i od stanu odżywienia. Jeśli waga jest zbyt mała albo zbyt wielka, to ryzyko robi mniej lub więcej niekorzystne wrażenie, stosownie do stopnia, w jakim się waga tego osobnika różni od wagi normalnej; następnie oceniający ryzyko zwraca uwagę na historję rodziny i ta historja wpływa na osądzenie ryzyka w sposób dodatni, jeśli jest bardzo dobrą; jeżeli jednak ta historja jest mniej dobrą, albo niekorzystną, to pierwsze wrażenie zostaje wzmocnione i ten, który ma ryzyko ocenić, dodaje quasi w myślach obie impresje. Następnie uwzględnia się zawód i także ten moment wpływa na sąd w sposób dodatni lub ujemny. Tak odbywa się ten proces myślowy u tego, który dane ryzyko ma ocenić i sąd ostateczny jest niejako sumą wszystkich korzystnych i niekorzystnych impresji. Metoda numeryczna wyraża każdy z tych kroków myślowego procesu przez liczby, a sąd ostateczny jest algebraiczną sumą wszystkich tych liczb. Autorzy tej metody opracowali wielką ilość statystycznych tablic, aby ocenić wpływ konstytucji, stanu odżywienia, zawodu, wpływ rozmaitych historji rodzinnych i t. d. Jedna np. z tych tablic podaje dla każdego wieku i każdej wysokości ciała, o jaki procent prawdopodobieństwo śmierci jest większe lub mniejsze od prawdopodobieństwa śmierci osoby danego wieku i o normalnej wysokości. Wynika z takiej tablicy, że np. osoba, której wiek wynosi 25 lat i wysokość 173 cm., ma śmiertelność równą 95% śmiertelności normalnej, jeżeli waga tej osoby zgadza się z wagą przeciętną danego wieku; ma to oznaczać, że u wielkiej liczby osób o podanych cechach prawdopodobieństwo śmierci jest o 5% mniejsze niż prawdopodobieństwo śmierci osoby normalnej, w wieku lat 25 i o odpowiadającej temu wiekowi przeciętnej wysokości i przeciętnej wagi; jeśli jednak ta osoba w wieku 25 lat i o wysokości 173 cm. ma wagę o 20% niższą niż waga normalna, to z tablicy tej wynika, że zamiast liczby 95 należy użyć liczby 115; gdy jednak waga jest wyższa o 50%, to zamiast liczby 95 należy użyć 160. Dla ilustracji w jaki sposób takie ryzyko się ocenia, podaję następujący przykład: Cieśla, 30 lat, wysokość 188 cm., waga, na podstawie *osobnej* tablicy wagi, jest o 25% za mała; ocena: z tablicy wagi wynika nadśmiertelność 15% a więc śmiertelność 115%, gdyby wysokość była przeciętna odpowiadająca wiekowi 30 lat; wysokość 188 cm. wymaga jednak korektury o 5% (jak z drugiej tablicy wynika), a więc razem mamy nadśmiertelność 20%, czyli prawdopodobieństwo śmierci równa się 120% prawdopodobieństwa normalnego. Z historji rodzinnej wynika, że ojciec umarł w wieku lat 30 na tuberkulozę, to wymaga dodatku 30%, zawód należy wstawić w rachunek jako 10% i tak ryzyko ocenia się liczbą 160% normalnej śmiertelności, czyli nadśmiertelność 60%. Liczba przykładów podanych w literaturze dotyczącej tej metody nie jest zbyt wielka. Ze wszyst-

kich tych przykładów wynika, że podstawą oceny ryzyka jest liczba, którą się otrzymuje jako algebraiczną sumę różnych dodatnich i ujemnych momentów, jakie przy osądzeniu danego ryzyka należy wziąć w rachubę. W amerykańskich książkach medycyny ubezpieczeniowej znajdujemy tablice, w których dla różnych anomalji podane są odpowiednie cyfry nadśmiertelności. O tej numerycznej metodzie wiele dyskutowano. Nie zawsze jest widocznem, jak te tablice obliczano; zdaje się, że wielką ilość tablic wydedukowano z obserwacji ryzyk nieprzyjętych do ubezpieczenia. Tam, gdzie jest podana ilość osób obserwowanych i ilość obserwowanych wypadków śmierci, można zauważyć, że materjał obserwowany nie zawsze odpowiadał większym wymogom co do ilości dat. Pewną jest rzeczą, że algebraiczne dodawanie poszczególnych cyfr nadśmiertelności, odpowiadających *poszczególnym* anomaljom, w wielu wypadkach nie jest dozwolone. Wystarczy jeśli tu przytoczę przykład: wada serca plus choroba płuc, albo otyłość plus tuberkuloza płuc. Należy też zaznaczyć, że zastanawianie się nad pojedyńczemi szczegółami zbyt łatwo może zaciemnić niejako obraz ogólny danego ryzyka. Niejeden z oponentów tej metody podnosi, że wrażenie ogólne, jakie doświadczony lekarz rewizyjny bez tablic o danym ryzyku odnosi i ocena na podstawie tego wrażenia ogólnego — choć może tylko uczuciowa — często ważniejszą jest niż algebraiczna suma wszystkich liczb, z których jedna lub druga może nie jest zbyt pewna. Za metodą numeryczną przemawia to, iż metoda ta upraszcza nader sposób oceny i gwarantuje stałość w osądzaniu danego ryzyka, bo różne osoby na podstawie tych samych tablic dojść muszą do tego samego sądu. Podnieść wreszcie należy, że w tej metodzie przeważająca ilość używanych tablic polega na obserwacji, jest więc naukowo uzasadnioną.

Trzecią metodą oceny anormalnych ryzyk jest metoda klas niebezpieczeństwa (Gefahrenklassenmethode). Jeśli metodę numeryczną nazwiemy metodą indywidualizującą, to metodę klas niebezpieczeństwa należy nazwać metodą generalizującą. Pojęcie „klasy niebezpieczeństwa" jako zebranie w jedną całość pewnej ilości jednostek, których nadśmiertelność jest przypuszczalnie prawie równą, wprowadzili Blaschke i Buchheim. Blaschke w epokowej swej pracy wydanej w roku 1895 pod tytułem „Denkschrift zur Lösung des Problems der Versicherung minderwertiger Leben", która się wiele przyczyniła do pogłębienia materji tego działu ubezpieczenia, proponował wprowadzenie trzech klas, a mianowicie: klasę pierwszą, obejmującą osoby, których anomalją jest dziedziczność, albo sposób życia, albo zawód, albo dyspozycja do pewnych chorób; klasa druga miała obejmować anomalje, które nie same przez się ale przez skutki są dla życia niebezpieczne (chroniczne katary, choroby centralnego systemu nerwowego, anomalje konstytucyjne w wysokim stopniu); trzecią klasę miały stanowić jednostki nawiedzone takiemi chorobami, które prawdopodobnie będą też przyczyną śmierci (np. choroby serca, tabes, arterjoskleroza). Przeciwko tej klasyfikacji podniesiono wiele uzasadnionych zarzutów tak z punktu widzenia medycznego jak też z punktu widzenia praktycznego. Należy jednak zaznaczyć, że ustanowienie pojęcia klasy niebezpieczeństwa jest z punktu widzenia teoretycznego ważnym postępem w tej materji. Metoda klas niebezpieczeństwa jest podobna do tej metody, której używamy przy ubezpieczeniu ryzyk normalnych, gdzie wszystkie indywidua tego samego wieku płacą tę samą składkę, gdzie więc klasę tworzy się na podstawie jednej cechy, to

jest cechy wieku. Należy jednak także zaznaczyć, że przeciw tej metodzie klas niebezpieczeństwa przemawia to, że jest ona bardzo sztywna i że uwzględnia tylko *rodzaj* anomalji, podczas gdy metoda numeryczna pozwala także ocenić *stopień* anomalji. Czyste schematyzowanie jest właśnie przy anormalnych ryzykach często niesłuszne. Jeżeli metodę klas niebezpieczeństwa pozbawimy właściwej jej sztywności, jeśli w metodzie numerycznej skreślimy pewną ilość taklic, to otrzymamy tę syntezę obu metod, której — w mniejszym lub większym stopniu — dziś już wiele organizacji dla ubezpieczenia ryzyk anormalnych używa.

Gdy Związek wiedeński w roku 1917 rozpoczął działalność, ustanowiono w planie 8 klas niebezpieczeństwa. Już wtedy jednak uznano za stosowne, te klasy uważać tylko jako granice teoretyczne poszczególnych grup i przy każdem ryzyku i przy każdej anomalji dokładnie zwracano uwagę na wszystkie okoliczności łagodzące lub zaostrzające. Metodę Związku wiedeńskiego można scharakteryzować jako metodę, której punktem wyjścia była metoda klas niebezpieczeństwa, pojęta jednak nie jako nieruchomy system, lecz jako metoda możliwie indywidualizująca. W ciągu lat rozwinęliśmy naszą metodę na podstawie praktycznych doświadczeń w różnych kierunkach i dziś metodę Związku wiedeńskiego jak też metodę, której używa kilka innych organizacyj, nazwałbym syntezą obu metod, t. j. numerycznej i klas niebezpieczeństwa.

W tem miejscu pozwolę sobie wtrącić kilka słów o zadaniu lekarza rewizyjnego oceniającego anormalne ryzyka. Na pytanie, czy danej anomalji należy przypisać nadśmiertelność 100% czy 150%, żaden lekarz bez odpowiednich dat statystycznych nie może odpowiedzieć. Przy metodzie numerycznej lekarz ma do dyspozycji różne tablice, na których się opiera, i — co jest głównem jego zadaniem przy tej metodzie — te tablice na podstawie własnych doświadczeń, w ciągu lat zebranych, na podstawie postępu medycyny klinicznej koryguje, uzupełnia, ulepsza. Przy metodzie klas niebezpieczeństwa ma lekarz za zadanie pojedyńcze anomalje ugrupować wedle stopnia niebezpieczeństwa i używając tylko pojęć *większości* i *mniejszości* osądzić, którą anomalję należy zaliczyć *do wyższej*, a którą *do niższej klasy* niebezpieczeństwa. W ten sposób lekarz rewizyjny, przydzielając poszczególne anomalje do poszczególnych klas niebezpieczeństwa, tworzy grupy, których dalsze badanie jest zadaniem statystyki.

Nasuwają mi się tu uwagi o stosunku medycyny klinicznej do medycyny asekuracyjnej. Metody statystyczne są w medycynie dość zdyskredytowane; może i słusznie, gdyż medycyna kliniczna nie może opierać się na rezultatach statystycznych. Słyszymy nieraz np. jak ten lub ów lekarz opowiada, że jeden i drugi miał ciśnienie krwi 200 lub więcej i żył mimo to jeszcze 15 lub 20 lat. Dla medycyny *ubezpieczeniowej* są jednak statystyczne badania niezbędne. Pojęcie prawdopodobieństwa ma to do siebie, że nie można go użyć nigdy dla konkretnego wypadku. Medycyna kliniczna zastanawia się nad *pojedyńczym* wypadkiem i dlatego nie może oprzeć się na statystyce; przedmiotem medycyny ubezpieczeniowej jest zawsze pewna *grupa* jednostek, to co nazywamy kollektywem. Medycyna *kliniczna* ma za zadanie na podstawie obserwacji *jednostki* postawić djagnozę i prognozę dla tej jednostki; medycyna *ubezpieczeniowa* obserwuje *grupę* jednostek jako całość, obserwuje więc przedmiot kollektywny i ma za zadanie na podstawie tych obserwacji postawić djagnozę i prognozę przedmiotu

kollektywnego. Aby znów użyć przykładu o ciśnieniu krwi powiedziałbym, że medycyna *kliniczna* ma za zadanie zmierzyć ciśnienie krwi danej jednostki i na tem jest jej zadanie skończone; medycyna *ubezpieczeniowa*, mierząc ciśnienie krwi jednostki, robi tem obserwację częściową, bo chodzi jej o stosunek otrzymanej wartości tego ciśnienia krwi jednostki do *przeciętnej* wartości ciśnienia krwi, to znaczy do przeciętnej wartości ciśnienia krwi wszystkich jednostek składających się na dany kollektyw. Medycyna ubezpieczeniowa opiera się zatem na rezultatach badań statystycznych.

Przechodzę tak do następnego punktu mego referatu t. j. do krótkiego sprawozdania z prac statystycznych o anormalnych ryzykach. Można rozróżnić trzy drogi, któremi starano się dojść do dat statystycznych dla obliczenia prawdopodobieństwa śmierci anormalnych ryzyk: primo, obserwowanie osób *nieprzyjętych* do ubezpieczenia, secundo, statystyka przyczyn śmierci, tertio, obserwowanie *ubezpieczonych* anormalnych ryzyk. Co do pierwszej drogi wspomniałem już, że towarzystwo New-York około 6 lat przed rokiem 1896, a więc przed rozpoczęciem ubezpieczenia anormalnych ryzyk, obserwowało osoby nieprzyjęte do ubezpieczenia. W roku 1898 t. zw. „skandynawski komitet dla anormalnych ryzyk” obserwował 10231 osób, których nie przyjęto do ubezpieczenia i otrzymał wiadomości co do 82% tych osób; skonstatowano 2200 wypadków śmierci. Amerykańskie towarzystwo „Northwestern Mutual Life Insurance Company” obserwowało w latach 1907 — 1921 losy 4165 osób, które nie zostały przyjęte do ubezpieczenia z powodu wysokiego ciśnienia krwi. W roku 1927 Louis Maingie na kongresie londyńskim złożył sprawozdanie z podobnej statystyki opracowanej w Belgji i odnoszącej się do 1300 osób nieprzyjętych do ubezpieczenia. Prof. Dr. Alfred Berger znany autor dzieła: „Die Prinzipien der Lebensversicherunstechnik” zwrócił uwagę, że prawdopodobieństwa tą drogą otrzymane są zwykle za małe. Berger podnosi, że osoby anormalne, które są ubezpieczone, mogą, jeśli się ich stan zdrowia polepszy, podziękować za wysoką składkę, przerwać ubezpieczenie i temsamem wystąpić z ubezpieczonego kollektywu. Zachodzi tu więc rodzaj t. zw. antyselekcji, której naturalnie nie ma w kollektywie składającym się tylko z osób nieprzyjętych do ubezpieczenia. Rezultaty otrzymane przez obserwacje tych osób są też niepewne i z innej przyczyny. Dla obliczenia prawdopodobieństwa śmierci musi być daną ilość *wszystkich* obserwowanych osób żyjących i ilość *wszystkich* wypadków śmierci, które się wśród tych osób wydarzyły. Przy obserwowaniu osób nieprzyjętych o losach pewnej części tych osób nie można otrzymać dokładnej wiadomości. Wspomniałem już, że przy pracy komitetu skandynawskiego co do 18% obserwowanych osób nie wiadomem było, czy żyły czy umarły. W każdym razie można jednak powiedzieć, że obserwacja osób nieprzyjętych do ubezpieczenia była jedyną drogą tak długo, jak długo nie ubezpieczano osób anormalnych.

Drugą drogą, którą proponowano dla tego rodzaju badań, była statystyka przyczyn śmierci. Pierwszy proponował tę metodę Blaschke w pracy z roku 1895, którą już dziś wspomniałem. Blaschke opracował materjał towarzystwa „Gotha” i skonstruował prawdopodobieństwo śmierci dla poszczególnych anomalji. Podstawą jego tablic jest hypoteza, że ryzyko, które jest anormalne z powodu jakiejś przyczyny, umiera z powodu tej choroby, która wynika z tej samej przyczyny. Blaschke przyjmuje więc, że jeżeli

ktoś ma niezdrowe serce, to przyczyną jego śmierci będzie choroba serca. Wiedział on oczywiście, że hypotezę tę tylko dla niektórych anomalji można uzasadnić a i to tylko do pewnego stopnia, ale praca jego zawierała równocześnie wielką ilość myśli oznaczających postęp w tej dziedzinie. Kilka lat później Pedersen w broszurze „Ueber Versicherung minderwertiger Leben" wydanej w roku 1906 badał przyczyny śmierci na podstawie statystyki wielu miast duńskich. Zdawałoby się, że ta metoda badania przyczyn śmierci nie może doprowadzić do rezultatów praktycznych; a przecież okazało się, że tak nie jest. W roku 1921 w Szwecji 16 towarzystw wydało wspólnie statystykę przyczyn śmierci; materjał tych badań obejmował 28.430 wypadków śmierci. W pracy tej myśl Blaschkego w połączeniu z nową myślą Lundberga doprowadziła do ważnych rezultatów. Myśl Lundberga w matematyczną ubrana szatę jest bardzo piękna, niestety nie można o tem mówić bez formułek matematycznych. Podstawą pracy Lundberga są pewne hypotezy natury biologicznej, których trafność metodami statystycznemi (Theory of Attributes, G. U. Yule) po części udowodniono. O dalszych pracach komitetu skandynawskiego (należą tu piękne badania Hagströma) z braku czasu tylko wspomnieć mogę. Z prac tych wynika, że i metoda badania przyczyn śmierci, odpowiednio teoretycznie pogłębiona, doprowadzić może do rezultatów godnych uwagi i z punktu widzenia praktycznego.

Trzecia droga to obserwacja kolektywu składającego się z *ubezpieczonych* anormalnych ryzyk. Jest to metoda bezsprzecznie najważniejsza z punktu widzenia praktycznego, metoda ta sama, która przy obserwacji ryzyk normalnych prowadzi do tablic śmiertelności ryzyk normalnych. Tym tablicom śmiertelności ryzyk normalnych instytucje ubezpieczeń zawdzięczają fakt, że zbudowane są na tak silnych podstawach. Proszę jednak zauważyć następujący dylemat: Aby ubezpieczać anormalne ryzyka potrzeba tablic śmiertelności anormalnych ryzyk. Aby obliczyć te tablice potrzeba kolektywu złożonego z już *ubezpieczonych* anormalnych ryzyk. Circulus vitiosus! Zrozumiałą jest więc rzeczą, dlaczego przez dziesiątki lat musiano żmudnie obserwować ludzi nieprzyjętych do ubezpieczenia (metoda pierwsza), musiano na podstawie hypotez opracować przyczyny śmierci (metoda druga), zanim można było rozpocząć pracę metodą trzecią, najważniejszą, bo najpewniej i najprościej do celu prowadzącą. Dwa wielkie dzieła amerykańskie w tem miejscu wspomnieć przynajmniej muszę, jeśli już różne mniejsze prace pomijam: pracę pierwszą, najstarszą i ostatnią, najmłodszą. Pierwszą jest t. zw. „Medico - Actuarial Mortality Investigation", pięciotomowe dzieło, którego tom czwarty zajmuje się niektóremi grupami anormalnych ryzyk. Materjałem tego dzieła są obserwacje lat 1885 do 1900. Najnowszem dziełem jest: „Medical Impairment Study 1929". Dla pracy tej dostarczyło materjału 39 towarzystw amerykańskich, a obserwacje obejmują przeszło dwa miljony polis z lat 1909 do 1927.

Kończąc ten rozdział o statystycznych pracach chciałbym jeszcze dokładnie omówić prace odnoszące się do badania pewnej specjalnej anomalji, a mianowicie do badania ciśnienia krwi. Wybrałem jako przykład prace odnoszące się do badania ciśnienia krwi, bo właśnie te prace nadają się do ilustracji metod statystycznych używanych przy badaniu anormalnych ryzyk (ustanowienie normy przeciętnej dla normalnego ryzyka, badanie osób nieprzyjętych do ubezpieczenia, badanie ubezpieczonych anormalnych

ryzyk). Statystyki te ilustrują także dokładność, z jaką amerykańskie towarzystwa badają poszczególne rodzaje anomalji. Towarzystwa te bardzo prędko poznały ważność mierzenia ciśnienia krwi dla oceny ryzyk życiowych. W roku 1896 skonstruował Riva Rocci swój znany aparat, a już w roku 1904 zajmuje się związek amerykańskich lekarzy ubezpieczeniowych wprowadzeniem mierzenia ciśnienia krwi przy badaniu osób mających zawrzeć ubezpieczenie. Towarzystwo „Northwestern Mutual Life Insurance Company" wprowadza 3 lata później, w roku 1907, mierzenie ciśnienia krwi fakultatywnie dla wnioskodawców od 40-tego do 60-tego roku życia i kilka lat później obowiązkowo dla każdego wieku i bez względu na wysokość sumy ubezpieczeniowej. Przechodzę teraz do krótkiego omówienia rezultatu statystycznych badań ciśnienia krwi [4]).

Pozwolę sobie z kolei powiedzieć kilka słów o technicznej konstrukcji tablic śmiertelności, używanych dziś przez różne organizacje dla ubezpieczenia anormalnych ryzyk. Którejkolwiek metody użyjemy przy ocenie anormalnego ryzyka, czy metody numerycznej czy też metody klas niebezpieczeństwa, rezultatem oceny jest liczba wyrażająca nadśmiertelność danego osobnika. Muszę tu wyrażenie „nadśmiertelność danego osobnika" dokładniej określić. Przedewszystkiem, jeżeli mówimy, że prawdopodobieństwo śmierci jakiejś osoby wynosi np. 3‰ to wyrażenie to nie jest ścisłe; o prawdopodobieństwie śmierci jednego osobnika wogóle mówić nie można; wyrażenie to ma oznaczać, że w grupie wielkiej ilości takich osobników przeciętnie na tysiąc przypadną trzy wypadki śmierci. Jeżeli w innej grupie, składającej się z osobników o innych cechach, na tysiąc osobników przeciętnie przypadnie np. 9 wypadków śmierci albo innemi słowy, jeżeli prawdopodobieństwo śmierci dla drugiej grupy wynosi 9‰, to wyrazimy to krótko w ten sposób: druga grupa ma prawdopodobieństwo śmierci o 200% większe niż prawdopodobieństwo śmierci pierwszej grupy. Najkrócej wyrazić to można słowami: Nadśmiertelność wynosi 200%. Rezultatem oceny anormalnego ryzyka jest więc liczba wyrażająca nadśmiertelność danego osobnika w powyżej określonem znaczeniu tego słowa.

Hypotetyczne tablice śmiertelności można skonstruować w następujący sposób. Można prawdopodobieństwa śmierci każdego wieku powiększyć o stały procent, a więc skonstruować np. tablice o nadśmiertelności 50% albo 100% lub też 200% i można też prawdopodobieństwa każdego wieku powiększyć o procent, którego wielkość zależy od wieku, przyczem dla tej funkcji wyrażającej zależność między nadśmiertelnością a wiekiem możli-

[4]) W tem miejscu prelegent rozdzielił 16 tablic statystycznych odnoszących się do badania ciśnienia krwi i omówił rezultaty tych tablic. Z powodu braku miejsca nie umieszczamy tu tych tablic. Pierwsze trzy tablice odnosiły się do obliczenia przeciętnej wartości ciśnienia krwi na podstawie badań amerykańskich towarzystw. Prelegent wspomniał, że otrzymane wartości mają dla towarzystw europejskich tylko znaczenie pośrednie, jako liczby przybliżone, bo badania okazały, że wartość przeciętna ciśnienia krwi jest w różnych krajach rozmaita (tak np. ciśnienie krwi w Anglji jest przeciętnie wyższe niż w Ameryce). Dalsze tablice odnosiły się do następujących statystyk:

„Northwestern Mutual Life Insurance Company" (okres badania 1907—1921, 1916—1925).

„New York Life Insurance Company" (okres badania 1907—1922, 1916—1925).

„Prudential" Assurance Company (okres badania 1920—1924).

„Medical Impairment Study 1929"' (okres badania 1909—1927, materjał dostarczony przez 39 amerykańskich towarzystw).

we są najrozmaitsze formy. Pierwszą drogę, a więc tablice o nadśmiertelności *stałej*, obrały towarzystwa amerykańskie i różne organizacje w Europie, a między innemi i Związek wiedeński. Za drugą drogą wypowiedziały się towarzystwa skandynawskie, Dana, Norske Folk i Varma, podczas gdy Sverige obrała jeszcze inną drogę, o której jednak z braku czasu mówić nie mogę. Wspomniane Związki skandynawskie wychodzą przy konstrukcji tablic śmiertelności dla anormalnych ryzyk z następującego założenia: Nadśmiertelność może być początkowo wielka i zmniejszać się z czasem, może przez cały czas być stałą, a wreszcie może być z początku mała i z czasem się zwiększać. Tę klasyfikację anormalnych ryzyk spotykamy często w literaturze. Już w roku 1884 White i Wittall w pracy wydanej przez Institute of Actuaries zwrócili uwagę na następujący podział anomalji: 1) anomalje, które tylko w pierwszych latach ubezpieczenia powodują zwiększenie ryzyka, 2) anomalje, które przez cały czas trwania powodują równomierne zwiększenie ryzyka, 3) anomalje, które dopiero w późniejszym wieku prowadzą do podwyższenia ryzyka. Stosownie do tych i tym podobnych klasyfikacyj towarzystwo Dana w pierwszych latach swego istnienia używało trzech sztucznie skonstruowanych tablic śmiertelności: 1) tablicę dla tuberkulozy (tak zwaną tablicę T) — skonstruowaną w ten sposób, że nadśmiertelność przyjęto jako wielką w młodych latach a stosunkowo małą w starszym wieku; 2) tablicę sercową (tablica C od słowa cor) dla chorób serca, także dla anomalji jak emphysema pulmonum, otyłość i inne; w tej tablicy nadśmiertelność jest początkowo mała i zwiększa się z czasem; 3) tablicę ogólną, którą jednak nazwano tablicą dla białkomoczu (tabl. A od słowa Albuminurja), której używano dla nephritis, diabetes, epilepsji, dla których to anomalji przyjęto nadśmiertelność jednostajną dla każdego wieku. Okazało się po kilku latach, że te trzy tablice nie wystarczały, nie można było np. różnych chorób serca ubezpieczać według jednej tablicy sercowej i tow. „Dana" w roku 1927 wprowadziło lekką tablicę sercową i ciężką tablicę sercową, lekką tablicę tuberkulozy i ciężką tablicę tuberkulozy i t. d. Podobny rozwój przeszły towarzystwa Varma i Norske Folk. To ostatnie towarzystwo używa już dziś tablic skonstruowanych tak, jak np. tablice Związku wiedeńskiego.

Związek wiedeński skonstruował w roku 1916 osiem tablic śmiertelności dla ryzyk anormalnych w ten sposób, że prawdopodobieństwa śmierci normalnych ryzyk powiększono o 50%, 75%, 100%, 150%, 200%, 300%, 400%, 500%. Dwóch ostatnich tablic używano bardzo rzadko. Tego systemu używamy jeszcze dziś z tą tylko różnicą, że tablicę podstawową normalnych ryzyk AHM zmieniono na nieco łagodniejszą tablicę MSG i że uzupełniliśmy odstępy między tablicami w ten sposób, że używamy dziś tablic w odstępie po 25%, począwszy od 25% do 300% lub bardzo rzadko i więcej. System ten umożliwia nam przy ocenie ryzyka uwzględnienie nietylko *rodzaju* lecz także *stopnia* anomalji. Od konstrukcji hypotetycznych tablic śmiertelności do konstrukcji różnych taryf dla składki brutto prowadzi droga przez kilka problemów, o których nie można mówić bez formułek matematycznych. Kilka uwag na ten temat znajduje się w mojej pracy wydanej w roku 1933 w Ehrenzweiga Assekuranz - Jahrbuch.

Proszę mi pozwolić powiedzieć kilka słów o praktycznych wynikach ubezpieczenia ryzyk anormalnych. Przed wprowadzeniem tej gałęzi ubez-

pieczenia, a więc nie całych 20 lat temu i drobne anomalje — ślady białka, ślady cukru, nieco szmerów w sercu albo w płucach — były przyczyną odrzucenia wniosku. Z różnych statystyk wynika, że przeciętnie 15% wniosków ubezpieczenia na życie odrzucano. Ilość ludzi, którzy przez tę praktykę towarzystw wykluczeni byli od dobrodziejstwa ubezpieczenia, była wtedy znacznie większa, bo wszyscy ci, którzy byli świadomi swojej choroby, nie wnosili wcale wniosków. Hunter podaje, że w roku 1930 w Ameryce było w mocy 2.000.000 polis anormalnych ryzyk opiewających na 4 miljardy dolarów. Ponieważ w Ameryce było wtedy około 24.000.000 polis ubezpieczeń na życie, opiewających na sumę 70 miljardów dolarów, więc wynika z tych cyfr, że ubezpieczenie ryzyk anormalnych wynosiło w roku 1930 w Ameryce 8% ilości polis i 6% sumy ubezpieczonej. Dla Europy nie posiadamy podobnej statystyki; wiemy jednak, że więcej niż 50% wniosków dawniej odrzucanych, dziś uznaje się za możliwe do przyjęcia. W Związku wiedeńskim w pierwszych latach uznawano za możliwe do przyjęcia około 55% wniosków przekazanych do Związku, dziś około 67%, a więc $^{2}/_{3}$. Ciekawem jest, że Hunter w wspomnianym wyżej wykładzie podaje, że w Ameryce z wniosków odnoszących się do anormalnych ryzyk również $^{2}/_{3}$ uznaje się dziś za możliwe do przyjęcia.

Na zakończenie chciałbym jeszcze krótko opisać, do jakich granic doszliśmy dziś przy ubezpieczeniu anormalnych ryzyk. W tym celu wyliczę kilka poszczególnych anomalji:

Choroby serca: Z chorób tych uważamy za ubezpieczalne: pojedyncze i nawet skombinowane wady serca w stadjum kompenzacji, przypadki zatłuszczenia serca, przerosty serca, neurozę serca, hypertonję do 180 mm.

Tuberkuloza płuc: Ogólnie można powiedzieć, że uważamy za ubezpieczalne wszystkie przypadki, znajdujące się w stadjum zupełnej ukrytości a to nawet i te przypadki, które były leczone injekcjami tuberkuliny albo sztucznym pneumothorax.

Cukrzyca: Ubezpieczamy ryzyka w wieku ponad lat 30, jeżeli ilość cukru nie wynosi przeciętnie więcej jak 3% i jeżeli nie skonstatowano acetonu.

Białkomocz: Uważa się za ubezpieczalne ryzyka, u których białko nie wynosi więcej niż 5‰ z wyjątkiem tych przypadków, w których skonstatowano zanik nerki.

Uwiąd rdzenia, epilepsja: ubezpieczalne są wszystkie nieskomplikowane przypadki.

Wrzody żołądka, wrzody dwunastnicy, kamienie żółciowe lub nerkowe: wszystkie te przypadki uważamy w regule za ubezpieczalne, a mianowicie tak po operacji jak też przed zabiegiem operacyjnym. W tych przypadkach wymagamy stopniowania sumy ubezpieczonej w pierwszych kilku latach, najwyżej jednak w pierwszych czterech latach.

Ekstyrpacja nerki: Przypadki te uważamy za ubezpieczalne jeżeli druga nerka jest zupełnie zdrowa.

Rak: Osoby, które przeszły chorobę raka, uważamy za ubezpieczalne, jeżeli pięć lat po operacji upłynęło bez nawrotu i jeżeli nie dają się skonstatować żadne przerzuty.

Tak przedstawia się ogólnie dzisiejszy stan naszej praktyki. Należy dodać, że powyższe zestawienie nie jest nieruchomym schematem i że nasz komitet oceniający ryzyka (komitet ten składa się z dwóch lekarzy, dwóch

dyrektorów towarzystw i sekretarza Związku) rozpatruje każdy przypadek w sposób indywidualny i bada ubezpieczalność ryzyka, zestawiając i odpowiednio łącząc pojedyńcze anomalje i uwzględniając poszczególne okoliczności każdego wypadku.

O różnych anomaljach i różnych możliwych kombinacjach tych anomalji możnaby wiele powiedzieć. Nasuwają mi się znowu słowa wieszcza, którego zacytowałem na początku dzisiejszego odczytu i który tu w Warszawie, w nieznanym grobie na Powązkach, spoczywa:

„Jest trosków, bolów, kolców niemało w tem życiu
I więcej niż na jawie płynie łez w ukryciu..."

Instytucja ubezpieczenia, jedna z najważniejszych instytucyj ekonomicznych, ma za zadanie te troski koić i bóle uśmierzać, a ubezpieczając anormalne ryzyka udzielamy dobrodziejstwa ubezpieczenia tym osobom, które tego dobrodziejstwa najbardziej potrzebują, bo ich bóle, kolce i troski o los tych, których tu prędzej niż inni zostawią, są może największe.

TREŚĆ:

Dr. O. Gruder.

CHARAKTER UMOWY UBEZPIECZENIA.

W zeszycie I z roku bieżącego w artykule „Z naszej niwy ubezpieczeniowo - prawniczej" autor skrytykował twierdzenie moje, że umowa ubezpieczenia jest umową warunkową. Przedewszystkiem zarzuca mi autor, że w definicji mojej umowy ubezpieczenia jest dużo nieścisłości, których omówienie wymagałoby dłuższych wywodów. Tu leży pierwsze nieporozumienie. Pisząc swój artykuł „Umowa ubezpieczenia w świetle kodeksu zobowiązań", miałem na myśli jedynie i wyłącznie przyczynić się swojemi skromnemi uwagami do wyjaśnienia kwestyj: które z przepisów kodeksu zobowiązań będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, wiemy bowiem, że umowa ubezpieczenia rządzi się nietylko przepisami ogólnego prawa cywilnego. Dlatego wydaje mi się ważnem pytanie, które z norm prawa

cywilnego w każdym wypadku, to znaczy niezależnie zupełnie od przepisów specjalnych, będą miały zastosowanie do umów ubezpieczenia.

Mając tę kwestję na uwadze, nie miałem bynajmniej zamiaru dawać definicji umowy ubezpieczenia, bo kusić się o taką definicję można tylko wtedy, gdy pisze się dzieło specjalne, ujmujące całokształt przedmiotu, a nie, jak w danym wypadku, tylko jeden fragment zagadnienia.

Rozpatrując istotę umowy ubezpieczenia musimy mieć na względzie:

a) prawo ubezpieczeniowe;
b) prawo cywilne ogólne;
c) orzecznictwo sądowe;
d) teorję prawa ogólną.

Umowa ubezpieczenia, zachowując pewne swe ustawowo dopuszczalne odrębności prawne, w istotnych swych momentach musi być dostosowana do obowiązującego prawa cywilnego, orzecznictwa sądowego i ogólnej teorji prawa.

Każdemu prawnikowi wiadomo, że istnieją pewne maksymy prawne, które obowiązują, a które nie są w kodeksach powołane.

Fakt, iż umowa ubezpieczenia opiera się na specjalnych ustawach, sam przez się nie może skutkować, iżby umowa ubezpieczeniowa była jakąś inną, specjalną umową, wolną zupełnie od wszystkich cech charakterystycznych innych umów. Odwrotnie: umowa ubezpieczenia musi odpowiadać przedewszystkiem ogólnym przepisom i teorji prawa, a później dopiero może mieć dodatkowe specjalne swoje elementy, których w innych umowach nie znajdujemy.

Tymczasem w artykule moim poruszyłem tylko jedną stronę całego zagadnienia — stosunek kodeksu zobowiązań do umowy ubezpieczenia i dlatego przytoczone przez autora zdanie z artykułu mego bynajmniej nie można traktować jako definicji. Wszystkim nam wiadomo, że charakter umowy ubezpieczenia jest złożony i niezmiernie trudny do zdefinjowania wskutek różnorodności umów ubezpieczenia jak również wskutek tego, że mieści ona w sobie elementy warunkowości, losowości, zgody stron, dwustronności i t. d. i t. d. W artykule moim wszystkie te elementy, z wyjątkiem warunkowości, pominąłem, ponieważ chciałem wyjaśnić tylko jeden z tych elementów, który dotychczas nazywaliśmy losowością, bowiem nowy nasz kodeks zobowiązań nie zna pojęcia umowy losowej, nie mówiąc już o tem, że obecnie teoretycy prawa ubezpieczeniowego przeważnie zgadzają się na to, że ubezpieczenia życiowe i rzeczowe zasadniczo różnią się między sobą co do swego charakteru prawnego i jedną definicją objąć się nie dadzą.

Dlatego nie może być mowy o nieścisłości w definicji, bo definicji tej nie było, podkreślenie zaś jednego fragmentu danego zagadnienia nie wymaga koniecznie przytaczania innych fragmentów.

Drugie nieporozumienie — to znaczenie przytoczonych przez autora ustępów mojego artykułu, w którym odróżniam zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłacenia lub umówionej sumy i wypłatę tych sum. Zobowiązanie zakładu ubezpieczenia do wypłacenia umówionego odszkodowania lub umówionej sumy, jest warunkowe w zasadzie, to znaczy nie powstaje, póki nie spełni się warunek — zapłata składki. Po zapłaceniu składki dopiero zobowiązanie takie powstaje, ale jest ono ciągle jeszcze warunkowem, bowiem staje się bezwarunkowem dopiero z chwilą nastąpienia lub nienastąpienia pewnego zdarzenia, przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Z tą

chwilą dopiero nastąpić może przejście zobowiązania do wypłaty w obowiązek zapłaty.

Wiemy przecież, że zobowiązania są rozmaitych rodzajów: terminowe, warunkowe, przemienne i t. p. — i różnią się od obowiązku tem, że zależą od pewnych okoliczności, niezależnych od woli stron, przyjmujących je na siebie. Dlatego też zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłacenia umówionego odszkodowania lub umówionej sumy inaczej nazywa się odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń za wypadek, przewidziany w umowie ubezpieczenia. Dlaczego więc autor uważa, że w moim ujęciu nie jest to równoznaczne — nie rozumiem i sądzę, że stało się to również wskutek zbytniej mojej zwięzłości w ujęciu tematu.

Natomiast autor zaatakował pogląd, wyrażony przeze mnie, że umowa ubezpieczenia jest umową, zawierającą warunek zawieszający: zapłatę składki i drugi takiż warunek: nastąpienie wypadku, przewidzianego umową ubezpieczenia.

Rozumowanie autora opiera się na teorji udzielania ochrony ubezpieczeniowej, polegającej na tem, że przy zawarciu umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń otrzymuje składkę i wzamian za to przyjmuje na siebie ryzyko, grożące ubezpieczającemu. Zapłata składki zatem jest według tej teorji zapłatą za tę ochronę ubezpieczeniową, inaczej mówiąc ceną, pozostającą w związku z kosztami produkcji tej ochrony.

Wobec wprowadzenia pojęcia ochrony ubezpieczeniowej, twierdzi autor, wypadek szkody traci całkowicie charakter warunku, zawieszającego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za wypadek szkody, bo przecież odpowiedzialność ta mieści się bez reszty w pojęciu ochrony ubezpieczeniowej, której jest właściwie główną i wyłączną zawartością.

Nie mam zamiaru krytykować tej teorji, bo to wychodziłoby za ramy poprzedniego i obecnego mego artykułu. Obecnie chodzi mi o wykazanie, że teorja ta bynajmniej nie jest tak bardzo daleka od teorji warunkowości umowy ubezpieczenia, bo już Planiol wypowiedział pogląd bardzo do tej teorji podobny.

Jak wiemy, teoretycy prawa ubezpieczeniowego stali i stoją na stanowisku, że umowa ubezpieczeniowa jest umową losową. Powołam się na autorytety tak poważne, jak Planiol, wielki komentator prawa cywilnego francuskiego, Ehrenberg, znakomity komentator niemiecki prawa ubezpieczeniowego, Rotwand, polski autor pracy o umowie ubezpieczenia, i wielu innych. Naogół dotychczas przeważał pogląd powyższy.

Jak wiemy, Kodeks Napoleona zalicza umowę ubezpieczenia do umów losowych, to jest umów, których skutki zależne są od nastąpienia lub nienastąpienia wypadku przyszłego, niepewnego. Z tego określenia kodeksowego wynika, że umowa ubezpieczenia jest umową warunkową. Wynika to z analizy pojęcia warunku.

Warunkiem zawieszającym nazywamy przewidywane w umowie stron zdarzenie przyszłe i niepewne, od którego uzależnione jest powstanie obowiązku świadczenia, dania, czynienia, nieczynienia, zaprzestania lub znoszenia (art. 2 k. z.), zaś warunkiem rozwiązującym nazywamy zdarzenie przyszłe i niepewne, od którego uzależnione jest ustanie obowiązku świadczenia.

Jak widzimy z tego określenia, pojęcie warunku jest zbliżone do pojęcia terminu, jest tylko znacznie obszerniejszem od niego. Póki warunek nie

spełnił się, póty zobowiązanie nie istnieje (przy warunku zawieszającym) lub trwa (przy warunku rozwiązującym).

Coś jednak istnieje, skoro istnieje umowa. Tem, czem jest właśnie w umowach ubezpieczenia, jak twierdzi Planiol, nadzieja, że przyszły wierzyciel stanie się po spełnieniu się warunku wierzycielem, a to w myśl zasady, jaką głosili jeszcze rzymscy prawnicy: „nihil adhuc debetur sed spes est debitum iri", a więc nadzieja, że w razie wypadku, przewidzianego umową, zakład wyrówna ubezpieczonemu poniesioną stratę lub wypłaci pewną kwotę pieniędzy, przewidzianą w umowie. Ta nadzieja, czy pewność — to nic innego przecież, jak ochrona ubezpieczeniowa, i doskonale mieści się w pojęciu warunku.

A stąd już prosty wniosek, że teorja ochrony ubezpieczeniowej i teorja losowości, a więc warunkowości umowy ubezpieczenia, nie są znowu tak różne, jakby się to mogło zdawać.

Z tych rozważań wynika, że jednak teorja warunkowości umów ubezpieczenia ma poważne racje bytu.

Autor krytyki uważa, że zapłaty składki nie można traktować jako warunek zawieszający, bowiem, gdyby stać na tem stanowisku, to nie można byłoby uzasadnić prawa zakładu ubezpieczeń do składki, policzonej od początku ubezpieczenia w tych wypadkach, gdy jest ona zapłacona później, niż początek ubezpieczenia, oraz nie możnaby uzasadnić odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń mimo niezapłacenia składki następnej w terminie.

Tymczasem w teorji ubezpieczenia mamy teorję niepodzielności składki ubezpieczeniowej, którą to zasadę przyjęły i najnowsze ustawy o umowie ubezpieczenia, postanawiające, że składka winna być zapłaconą w całości niezwłocznie po zawarciu umowy ubezpieczenia. Gdyby składka określona była zależnie od okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia, wówczas teorja warunkowości składki mogłaby być dla zakładów ubezpieczeń niebezpieczną. Skoro zaś tak nie jest, żadne niebezpieczeństwo z tej strony zakładom ubezpieczeniowym nie grozi.

Co się tyczy odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przed zapłatą składki, co ma miejsce w ubezpieczeniach wieloletnich, to przecież zapłata tego rodzaju składki winna być dokonana w terminie również przez prawo przewidzianym, lub przez zakład ubezpieczeń ubezpieczonemu podanym, niczem więc nie różni się od pierwszej składki, jeśli chodzi o jej istotę prawną i skutki niezapłacenia w terminie.

Zasadność zatem prawa zakładu do pełnej składki jest całkowita, jak również odpowiedzialność zakładu mimo niezapłacenia składki następnej — zresztą ściśle ustawowa — nie przeczy charakterowi warunkowemu umowy ubezpieczenia.

Jeśli zaś stanąć na stanowisku, że ubezpieczający płaci za ochronę ubezpieczeniową na czas określony określoną w umowie sumę, to i wówczas położenie nie zmieni się ani trochę. Ochrona ubezpieczeniowa powstaje dopiero w momencie zapłacenia składki — póki składka nie jest zapłacona, póty ochrona nie istnieje. Gdyby zatem odrzucić teorję niepodzielności składki ubezpieczeniowej, to wątpliwości, istniejące w razie przyjęcia teorji warunkowości umowy ubezpieczenia, istniałyby i przy teorji ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli bowiem ubezpieczający zapłaciłby składkę dopiero w 6 miesięcy po terminie zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas można byłoby powie-

dzieć, że, otrzymując ochronę ubezpieczeniową na pozostałe 6 miesięcy, powinien zapłacić składkę tylko za te 6 miesięcy. Tak daleko przecież nie można iść, aby nie uznawać czasu ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli ma to być towar, to choć jest on abstrakcyjnym, jednak, jak każdy towar, oceniony być musi zależnie od swej wartości, a jak w danym razie, od czasu obowiązywania. Daleko bezpieczniejsza dla zakładów ubezpieczeń jest wspomniana przeze mnie teorja niepodzielności składki ubezpieczeniowej.

Wreszcie autor jest zdania, że wskutek wprowadzenia pojęcia ochrony ubezpieczeniowej wypadek szkody traci całkowicie charakter warunku zawieszającego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za wypadek szkody, a to skutkiem tego, że odpowiedzialność ta mieści się bez reszty w pojęciu ochrony ubezpieczeniowej, której jest właściwie główną i wyłączną zawartością. Jak wykazałem wyżej, teorja warunkowości da się najzupełniej łatwo pogodzić z teorją ochrony ubezpieczeniowej i jedna drugiej bynajmniej nie wyłącza, dlatego też nie należy odrzucać bezapelacyjnie warunkowości odpowiedzialności za wypadek, przewidziany w umowie ubezpieczenia.

Pozwolę sobie jeszcze raz wrócić do teorji Planiola, według którego w zasadzie umowa ubezpieczenia jest umową konsensualną i wskutek tego strony zobowiązane są od momentu jej zawarcia: jedna zapłacić składkę, druga zaś zapłacić sumę ubezpieczenia w razie nastąpienia wypadku, przewidzianego ubezpieczeniem.

Zobowiązanie zapłaty składki przez ubezpieczającego jest bezwarunkowe, natomiast zobowiązanie zakładu ubezpieczeń jest warunkowe, — a więc ubezpieczający jest dłużnikiem bezwarunkowym ściśle określonej sumy składki i wierzycielem warunkowym sumy ubezpieczenia.

Teorja ta może mieć zastosowanie i do ustaw grupy niemieckiej, tak zasadniczo różnej od grupy francuskiej, i nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa dla zakładów ubezpieczeń.

Dalej autor twierdzi, że w myśl mojej rzekomej definicji zaskarżenie o składkę byłoby antycypowanem spełnieniem się warunku zawieszającego i powodowałoby odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Skąd ten wniosek — trudno mi zrozumieć, nie będę jednak zatrzymywał się dłużej nad tą kwestją, bowiem pytanie, jaki skutek pociąga za sobą wystąpienie zakładu ubezpieczeń do Sądu o zasądzenie należnej mu w myśl zawartej umowy ubezpieczenia składki ubezpieczeniowej, może być rozstrzygane tylko na tle ustawy o umowie ubezpieczenia.

W zasadzie wystąpienie na drogę sądową nie jest równoznaczne nigdy z otrzymaniem należności i dlatego wystąpienie na drogę sądową o zapłatę składki ubezpieczeniowej może być uznane za równoznaczne z otrzymaniem zapłaty tylko tam, gdzie ustawa o umowie ubezpieczenia wyraźnie tak postanawia (np. austrjacka ustawa o umowie ubezpieczenia z dnia 29 grudnia 1917 roku, nasze rozporządzenie o umowie ubezpieczenia z dnia 24 lutego 1928 roku). Dlatego autor najzupełniej słusznie stwierdza, że zaskarżenie o składkę nie powinno powodować automatycznego udzielania ochrony ubezpieczeniowej, niesłusznie tylko twierdzi, że przeciwne zdanie wynika z mojej luźnej zresztą uwagi, podniesionej nieoczekiwanie aż do godności definicji, bowiem tego tematu, jako nic wspólnego z kodeksem zobowiązań nie mającego, w notatce swej wogóle nie poruszałem.

Wreszcie pozwolę sobie wskazać jeszcze na dwie kwestje w artykule krytykującym, z któremi w żaden sposób pogodzić się nie mogę.

Pierwsza z nich to uwaga autora, że zdanie moje o ponoszeniu ryzyka przed zapłatą składki polega widocznie na nieporozumieniu. Dlaczego autor tak przypuszcza — nie wiem, bowiem sam stwierdza, że zakłady ubezpieczeń, by iść klijenteli jak najdalej na rękę, przedstawiając ubezpieczającemu ochronę ubezpieczeniową do wykupna, udzielają mu tej ochrony natychmiast na okres kilku dni nawet przed zapłatą składki, aby mu dać możność dokonania w tym terminie zapłaty składki i natychmiastowego, od chwili zawarcia umowy, korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Ja zaś zupełnie to samo miałem na myśli.

Druga i ostatnia już kwestja, to porównanie rzekomej mojej definicji z definicją Dr. Z. Fendlera i stwierdzenie, że nie wiele one różnią się. Definicja Dr. Z. Fendlera jest więcej, niż niedostateczną i w dodatku niezrozumiałą, podczas gdy moje nieszczęsne zdanie, które naraziło mnie na tak ostrą krytykę — jeszcze raz podkreślam — definicją nie miało być i nie jest.

Witosław Kolisko.

MODERNIZACJA PRZEMYSŁU A BEZPIECZEŃSTWO OGNIOWE

Gdy z perspektywy niespełna 30-tu laty przyjrzymy się przemysłowi będziemy musieli stwierdzić w poszczególnych jego gałęziach ogromne zmiany, a w niektórych — poprostu przewrót. Nigdy jeszcze technika nie uczyniła w wielu swych dziedzinach tak szybkich kroków, jak to się dzieje w wieku XX-tym. O ile wiek XIX był okresem *przewrotu*, rewolucji w przemyśle, wskutek wprowadzenia pary, a wkońcu tego okresu i elektryczności, o tyle wiek XX jest widownią niebywałego *rozwoju* techniki przemysłowej.

Ale wraz z tym rozkwitem sztuki technicznej następuje jednocześnie nadprodukcja wytworów przemysłowych, wytwarzanych w daleko większych ilościach niż uprzednio. Konsekwentnie, ściśle w myśl reguł ekonomicznych, spada cena towaru i zakłady przemysłowe, aby iść nadal w tem samem tempie produkcji i przystosowywać się jednocześnie do coraz wybredniejszych gustów spożywców, muszą się wysilić. Wprowadzają one daleko posuniętą obecnie zagranicą racjonalizację przemysłu. Odtąd kardynalna zasada przemysłu brzmi: produkować jaknajwięcej przy najmniejszej stracie czasu, jaknajwiększem wyzyskaniu urządzeń i pomieszczeń oraz zajmowanej przestrzeni.

Te zasadnicze postulaty ekonomiczne przemysłu stają się jednocześnie warunkami, obciążającemi w znacznym stopniu bezpieczeństwo ogniowe zakładu przemysłowego i przeciwstawiającemi się kardynalnym zasadom zapobiegania pożarom i ich zwalczaniu. Nagromadzenie w jednem miejscu olbrzymich ilości materjałów palnych staje się od tej chwili rzeczą nietylko częstą, ale ponadto usankcjonowaną przez wymogi nowoczesnego przemysłu. Łączenie poszczególnych działów w jedną całość przez zabudowywanie przestrzeni pomiędzy budynkami fabrycznemi lub łączenie je komunikacyjnemi korytarzami, przebijanie stropów niepalnych i ogniotrwałych dla ułatwienia komunikacji międzypiętrowej, podwyższanie budynków fa-

brycznych, wszystko to bynajmniej nie sprzyja warunkom zmniejszenia ryzyka pożarowego.

Lecz na tem nie koniec. Prócz tych posunięć przemysłu w kierunku zwiększenia strat pożarowych, zjawiają się i inne, wypływające już nie z organizacji lecz z *produkcji* przemysłowej. Możemy więc zauważyć wraz z rozwojem wentylacji rozrost aspiracji maszynowej, bardzo celowej z punktu widzenia hygieny, lecz nie zawsze idącej w parze z wymogami przeciwpożarowemi, wobec wzrostu możliwości przeniesienia się ognia przewodami aspiracyjnemi. Dalej wprowadzanie dużej ilości przewodów elektrycznych, grożących krótkiem zwarciem lub pożarem skutkiem uciekania prądu do ziemi wraz z powiększeniem napięcia w sieci elektrycznej. Wreszcie największy może wpływ ma użycie w produkcji *nowych materjałów,* przeważnie niebezpiecznych ogniowo oraz stwarzanie nowych procesów fabrykacyjnych.

W Polsce, gdzie przemysł stanowi jedynie część gospodarstwa społecznego, zagadnienie to nie rzuca się tak w oczy jak zagranicą. Modernizacja naszych zakładów przemysłowych idzie w tempie wolniejszem niż na zachodzie lub w Sowietach i z tego powodu nie zdajemy sobie jeszcze dokładnie sprawy z jej znaczenia pożarowego. W innych krajach, w Niemczech, Anglji a zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych i Sowietach kwestja ta uwypukliła się do tego stopnia, że wyłoniła się potrzeba stworzenia specjalnych instytucyj i komisyj, zajętych wyłącznie sprawami bezpieczeństwa pożarowego w przemyśle. Sprawy te, jak widzimy, uległy skomplikowaniu już nietylko ze względu na rozgałęzienie przemysłu i powstawanie nowych warunków niebezpieczeństwa, ale i na potrzebę uzgodnienia stanowiska tych, którzy się zajmują zapobieganiem pożarom i ich zwalczaniem, z przemysłowcami i ich wymogami ekonomicznemi.

Podchodząc bliżej do tej sprawy, musimy przedewszystkiem stwierdzić, że wiele produktów przemysłowych, które stają się przyczynami pożarów, wprowadził przemysł przez nieświadomość lub też przez niedocenienie ważności bezpieczeństwa ogniowego. W przemyśle naogół bardzo mało myśli się o bezpieczeństwie ogniowem. Strata, która może powstać wskutek pożaru, rozpatrywana jest ogólnie przez przemysłowców ze strony odszkodowania, jakie wypłacą im instytucje ubezpieczeniowe a nie z punktu widzenia zatraty dobra społecznego, czy nawet własnego, gdy odszkodowanie nie równa się całkowitemu ubytkowi jego mienia, strawionego przez pożar.

To też nasi przemysłowcy, niestety dość często, uważają wymogi, stawiane im przez instytucje ubezpieczeniowe, za niemiły przymus narzucony im przez rygorystyczne zakłady ubezpieczeń. Tymczasem wymagania te są stosunkowo bardzo nikłe. Wystarczy przejrzeć np. szereg przepisów bezpieczeństwa amerykańskiego, ustalonych osobno dla każdego przemysłu, aby przekonać się, jak wiele wymaga się od zakładów amerykańskich a jak mało od polskich.

Jako jaskrawy przykład ustosunkowania się przemysłowców amerykańskich do instytucyj, opracowujących normy bezpieczeństwa ogniowego służyć może fakt następujący:

W jednej miejscowości w Stanach Zjednoczonych powstała niedawno fabryka lakierów acetonowych. Lakiery te rozpowszechniły się ogromnie w ciągu ostatnich dziesięciu lat i obecnie, w każdej większej lakierowni

używa się je do lakierowania sposobem t. zw. natryskowym. Jest to materjał bardzo łatwopalny i mający właściwości wybuchowe, zwłaszcza przy jego wytwarzaniu, bowiem do wyrobu używa się bawełna strzelnicza lub nitrocelluloza. Otóż przed zbudowaniem tej fabryki utworzono specjalny komitet, składający się z inżynierów projektodawców, kierowników fabryki i przedstawicieli instytucyj bezpieczeństwa (safety and fire protection) dla opracowania wszystkich wymogów bezpieczeństwa, zarówno w konstrukcji budynków, jak i w produkcji. Nie żałowano kosztów na to, aby zapewnić największe możliwie bezpieczeństwo. A więc podzielono fabrykę na sekcje, oddzielone od siebie ścianami pożarnemi z pustaków; otwory zewnętrzne zabezpieczono szkłem drucianem i drzwiami ogniotrwałemi; budynki zaopatrzono w instalację tryskaczy; zwrócono baczną uwagę na oświetlenie elektryczne i urządzono specjalną wentylację; przewidziano odprowadzenie elektryczności statycznej, mogącej się zbierać na aparatach i t. d.. Jednem słowem nie zaniedbano niczego, coby mogło usunąć możliwość powstania pożaru.

Takie postawienie sprawy u nas dotychczas nie było spotykane. Warunki bezpieczeństwa w przemyśle opinjuje zazwyczaj strażak, który przeważnie tak się zna na tych trudnych zagadnieniach, jak dorożkarz na samochodzie. Po zbudowaniu zaś fabryki, trudno jest już poczynić zmiany, któreby rozwiązywały dostatecznie to zagadnienie, bez naruszenia normalnego biegu fabryki lub pociągnięcia za sobą dużych kosztów, bardzo niechętnie przez przemysłowca widzianych.

W dążeniu więc do zapewnienia nowoczesnemu zakładowi przemysłowemu należytego bezpieczeństwa ogniowego, musimy przedewszystkiem starać się o *usunięcie wszystkich przyczyn* powstania pożaru. A więc w pierwszym rzędzie winniśmy rozpatrzeć sprawę, czy nie da się usunąć z fabrykacji materjałów niebezpiecznych lub procesów niebezpiecznych. Jeżeli okaże się to niemożliwe, musimy przewidzieć możliwie wszystkie przypadki, wypływające z charakteru materjałów przerabianych lub procesu fabrykacyjnego i starać się je uniknąć przez odpowiednie *zabezpieczenia* oraz zmniejszenie do minimum ilości używanego materjału.

Następnie zwrócić musimy uwagę na wszystkie możliwe zmiany w konstrukcji, w celu uodpornienia jej na ogień, podzielenia fabryki na sekcje, wydzielenia oddziałów niebezpieczniejszych a wreszcie pomyśleć musimy o możliwości ulepszenia *środków gaśniczych* i ułatwienia pracy straży pożarnej.

Przykładów wprowadzenia materjałów niebezpiecznych ogniowo w przemyśle nowoczesnym możnaby przytoczyć dużo. Ograniczymy się na wskazaniu choćby na tak powszechny materjał, jakim jest jedwab sztuczny. Otóż podczas wojny i bezpośrednio po wojnie wyrabiano prawie wyłącznie bardzo łatwopalny i mający własności wybuchowe jedwab, zapomocą nitracji cellulozy lub bawełny. Obecnie na szczęście zdecydowano się na zarzucenie tego sposobu, przechodząc na sposób bezpieczniejszy — jedwabiu wiskozowego, przy którym jednak też używa się łatwopalnego i wybuchowego siarczku węgla.

Innym jaskrawym przykładem jest wprowadzenie benzyny do fabrykacji olejów, które przedtem wytłaczano wyłącznie sposobem mechanicznym z ziarna. Obecnie każda większa olejarnia posiada ekstrakcję olejów zapomocą benzyny, skutkiem czego wzrosło w tym przemyśle nietylko niebezpieczeństwo pożaru, lecz i wybuchu.

Podobnie rozszerzyło się znacznie w ostatnich latach użycie cellluloidu w rozmaitych przemysłach, jako materjału łatwego do obróbki, dość sztywnego i nieprzemakalnego. W mechanicznych fabrykach obuwia wkładki celluloidowe stały się niemal regułą, nie bacząc na znacznie zwiększone niebezpieczeństwo ogniowe, wypływające z wprowadzenia celluloidu.

Wreszcie jako ostatni podamy przykład, wyżej już przytoczony, lakieru acetonowego, mającego dziś szerokie zastosowanie.

Wytłumaczyć przemysłowcowi, że materjał przezeń używany, bardzo wygodny i tani, jest środkiem zagrażającym bezpieczeństwu fabryki, jest bardzo trudno. Musimy więc uciekać się do przystosowania się do tych zwiększonych warunków niebezpieczeństwa i opracowywać normy bezpieczeństwa pożarowego. Tu jednak natrafiamy na opór ze strony przemysłowca, który niechętnem okiem patrzy na „utrudnianie mu pracy w fabryce". W takich warunkach przepisy podobne winny mieć sankcję prawną, aby ewentualnie można było zmusić przemysłowca do ich przestrzegania.

Jednocześnie z opracowaniem norm bezpieczeństwa musimy pomyśleć o tem, co się stanie, jeżeli mimo wszystko pożar wybuchnie. A więc winniśmy obmyśleć umiejscowienie się pożaru. Warunek ten może być spełniony przez odpowiednią konstrukcję budynku. Najlepiej jest przewentylować tę sprawę jeszcze przed wykonaniem budynku, trzymając się następujących zasad nowoczesnego budownictwa ogniotrwałego:

1) stosowanie do budowli wyłącznie materjałów niepalnych z użyciem materjałów palnych jedynie w niektórych miejscach, potrzebnych dla odciągnięcia ognia,

2) budowanie pomieszczeń możliwie wysokich, aby zmniejszyć działanie płomieni i wytworzonego ciepła przy pożarze,

3) zabezpieczenie ogniotrwałe wszelkich otworów w stropach niepalnych, ze szczególnem zwróceniem uwagi na otwory na dźwigi, podnośniki i t. p.,

4) unikanie dużych wysokości budynków przemysłowych w miejscach, w których utrudnia to znacznie akcję ratunkową straży pożarnych,

5) wydzielanie magazynów fabrycznych od miejsc produkcji.

Jeżeli te warunki będą ściśle i sumiennie przestrzegane przez przemysłowca, możemy z dużą dozą pewności stwierdzić, że przy mądrej akcji straży pożarnej w czasie pożaru, zniszczenie całego zakładu przemysłowego jest niemożliwe. Oczywiście, że lepiej byłoby obejść się bez udziału straży pożarnej, która zazwyczaj wchodzi w akcję już po rozszerzeniu się ognia. W tym celu, dla ugaszenia ognia w zarodku stosujemy przeróżne środki gaśnicze, dostępne dla każdego laika (hydranty, gaśnice) lub środki automatyczne i półautomatyczne, (tryskacze, drenczery). Racjonalne zaprojektowanie ich nie jest takie proste i tę sprawę należałoby również ująć w ogólnie obowiązujące przepisy.

Jak widać z powyższych wywodów przemysł nowoczesny sprawia nam dużo kłopotów, które „po domowemu" załatwić się nie dadzą. Musimy, wzorem zagranicy, stworzyć kadrę specjalistów przeciwpożarowych, zajętych wyłącznie poszczególnemi gałęziami profilaktyki pożarowej. Dziedzina ta dzisiaj już jest tak szeroka, że musi mieć fachowców w każdej gałęzi. Gruntowne poznanie jej dla jednego człowieka staje się już rzeczą zbyt trudną.

Inż. Mieczysław Rogowski.

SPRAWOZDANIE

ZRZESZENIA TOWARZYSTW GRADOWYCH

z przebiegu i wyników kampanji w 1933 r. oraz wnioski na 1934 rok.

Wyniki kampanji gradowej 1933 roku szczegółowo i przejrzyście ilustruje niżej podana tablica.

(Patrz załącznik p. t. Przebieg kampanji gradowej i wyniki za 1933 r.).

Przytoczone dane obejmują wyniki operacji wszystkich Towarzystw prowadzących dział ubezpieczeń od gradobicia w Polsce, a mianowicie: 2 zakładów prawno-publicznych, 2 wzajemnych i 4 akcyjnych.

Analizując podane cyfry musimy skonstatować, iż, jakkolwiek zostały osiągnięte pomyślne rezultaty, gdyż szkodowość (stosunek szkód do składki) wynosiła przeciętnie zaledwie 31%, — to jednak przyszłość ubezpieczeń gradowych budzi poważne obawy ze względu na stale, od 1928 roku, zmniejszający się portfel, jak to uwidacznia niżej podane zestawienie:

Rok	Ilość ubezpieczeń	Suma ubezpieczenia (w tysiącach złotych)	Składka (w tysiącach złotych)
1928	62.039	831.069	13.203
1929	59.378	743.189	12.289
1930	40.777	459.294	10.406
1931	31.336	354 605	7.306
1932	30.090	275.996	5.524
1933	26.901	216.118	4.170

Rok sprawozdawczy zatem, w porównaniu z rokiem 1928, zaznaczył się utratą: 35.138 objektów ubezpieczonych (57%), sumy ubezpieczenia zł. 614.915.000 (74%) i składki w sumie zł. 9.033.000 (69%).

W stosunku zaś do roku 1932 zawarto w roku sprawozdawczym o 10% mniej ubezpieczeń, na sumę mniejszą o 22%, składki zaś naliczono aż o 34% mniej.

Objaw ten jest groźny zarówno dla tego działu ubezpieczeń, jak i dla rolnictwa. Przyczyną jest niewątpliwie ciężkie położenie materjalne przeważającej większości rolników, dla których zapłacenie składki naliczonej według obecnej taryfy jest bardzo często wprost niemożliwe, Towarzystwa Ubezpieczeniowe zaś nie mogą stosować tańszych taryf, gdyż ustalają je opierając się na danych statystycznych z szeregu lat. Jedynem wyjściem z tego błędnego koła może być tylko obniżenie taryfy kosztem zmniejszenia świadczeń.

Wychodząc z tego założenia, po przeprowadzeniu żmudnych obliczeń i kalkulacyj, Zrzeszenie Towarzystw prowadzących dział ubezpieczeń od gradobicia w Polsce wprowadza już w sezonie bieżącego roku, nowy system ubezpieczeń, a mianowicie ubezpieczenia z 10%-ową franszyzą redukcyjną.

Jak wiadomo franszyza redukcyjna, w odróżnieniu od obecnie stosowanej integralnej, polega na tem, że Towarzystwo ilość punktów przyjętych

jako granicę, od której rozpoczyna się odpowiedzialność za szkody, odlicza w każdym przypadku od przyznanego odszkodowania.

W konkretnym przypadku Towarzystwa za szkody wynoszące 10% plonu spodziewanego przed gradem nie odpowiadają. Za szkody wynoszące 15% wypłacać będą 5% (15 — 10), za szkody 20%-owe — 10% (20 — 10) i t. d.

Franszyza redukcyjna w Polsce została wprowadzona tytułem próby właściwie już w 1933 roku przez P. Z. U. W. przeważnie na terenie powiatu Płockiego, na wyraźne życzenie Koła tamtejszego Związku Ziemian. Wysokość franszyzy ustalono na 25%, co pozwoliło na obniżenie taryfy o 60%, przy zachowaniu rabatów za sześciolecie i za lata bezgradowe.

Ubezpieczenie z franszyzą redukcyjną w tej wysokości chroni jednak rolnika tylko przed stratami o rozmiarach katastrofalnych i to częściowo. Straty poważne, sięgające 25% spodziewanego przed gradem plonu nie są wynagradzane, a tem samem mienie rolnika jest niedostatecznie chronione.

Ponadto przy stosowaniu 25% franszyzy redukcyjnej ze zniżką składki o 60% Towarzystwa Ubezpieczeniowe nie mogłyby utrzymać dotychczasowej stopy prowizyjnej, wypłacanej akwizytorom za pozyskanie ubezpieczeń gradowych.

Nie ulega wątpliwości, iż przy wydatnem obniżeniu prowizji, system ubezpieczeń z franszyzą redukcyjną byłby przez akwizytorów jedynie tolerowany, jako zło konieczne i, można przypuszczać, że ubezpieczenia tym systemem byłyby przyjmowane tylko na wyraźne żądania klientów, a przecież jest to nowy system, z którym należy zaznajomić najszersze koła rolników zarówno wielko, jak i małorolnych.

Zrzeszenie Towarzystw Gradowych, ustalając 10% franszyzę redukcyjną, miało na uwadze powyższe względy i zdecydowano wypłacać prowizję za pozyskanie ubezpieczeń nowego systemu w takim samym wymiarze, jak przy systemach innych.

Zagranicą franszyza redukcyjna została wprowadzona z bardzo dobrym wynikiem przez Towarzystwa Ubezpieczeniowe w Czechosłowacji oraz w Italji.

Należy oczekiwać, iż spadek portfelu zostanie zahamowany i nastąpi zwrot w kierunku spopularyzowania ubezpieczeń gradowych, a tem samem wzrostu ilości ubezpieczonych objektów dzięki zastosowaniu nowego systemu, przy którym ustalona została franszyza w rozmiarze właściwym, gdyż tylko niewielkie straty (10%) nie będą honorowane, stawka zaś taryfowa została obniżona bardzo poważnie — o 30%, przy zachowaniu rabatów za sześciolecie i lata bezgradowe.

Wprowadzenie nowego, wygodnego dla rolników, a zmierzającego do stabilizacji wyników operacyjnych Towarzystw, systemu ubezpieczeń gradowych, należy uważać za najważniejsze aktualne wydarzenie w tym dziale ubezpieczeń — jednakże nie jest ono jedynem, gdyż pozostają do zanotowania fakty, świadczące o stałem dążeniu Zrzeszenia Towarzystw prowadzących dział ubezpieczeń od gradobicia w Polsce do rozwoju tego działu ubezpieczeń przez dalsze doskonalenie metod szacowania szkód wyrządzanych przez grad drogą współpracy ze Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, prowadzeniem doświadczeń na polach należących do S. G. G. W. w Skierniewicach, drogą współpracy z Państwowym Instytutem Meteorologicznym, zmierzającej do zgromadzenia danych o ilości opadów

gradowych i do wykreślenia map gradowych oraz drogą ustalenia taryf według klucza ustalonego przed kilku laty, na podstawie danych statystycznych zebranych przez wszystkie Towarzystwa wchodzące w skład Zrzeszenia.

W roku 1933 wprowadzono ubezpieczenia szkółek drzew i krzewów owocowych. Nie posiadając odpowiedniego doświadczenia, zaliczono te ryzyka do klasy najdroższej i dlatego, prawdopodobnie, z ubezpieczeń tych zainteresowani nie korzystali.

Po zebraniu materjałów nadesłanych przez Towarzystwa Ubezpieczeniowe z Austrji, Niemiec i Szwajcarji, gdzie tego rodzaju ubezpieczenia od dawna są już prowadzone, ustalone u nas taryfy poddano gruntownej rewizji i dokonano przesunięć nietylko szeregu grup drzewek i krzewów owocowych, lecz i różnych warzyw, a także tytoniu do klas taryfowych tańszych. Gospodarstwa prowadzące szkółki i produkujące warzywa kierowane są przeważnie przez ludzi światłych, którzy rozumieją i doceniają rolę ubezpieczeń, niewątpliwie przeto wykorzystają oni możliwość zabezpieczenia się przed stratami, jakiemi grozi ich produkcji grad.

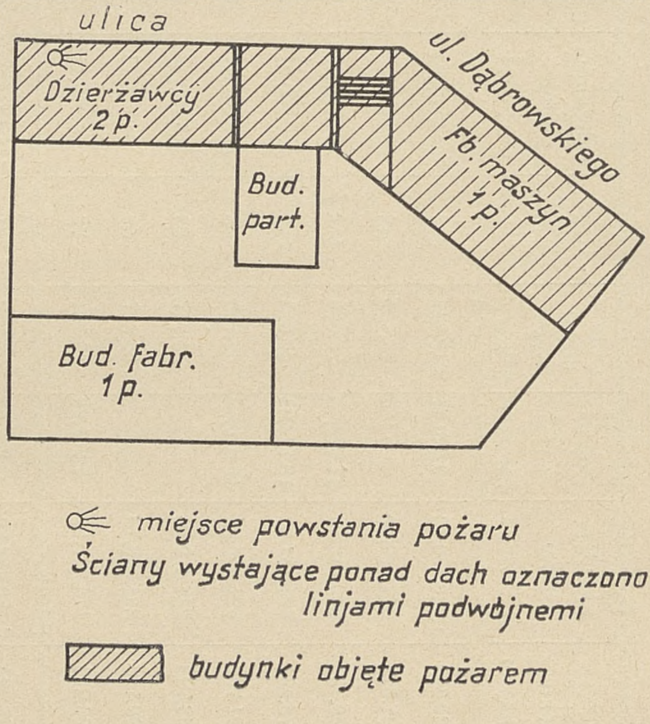
Reasumując wyżej podane możemy stwierdzić, że, dzięki czujnemu stosunkowi Zrzeszenia do zagadnień wysuwanych przez życie, działalność Zrzeszenia corocznie uwzględnia najistotniejsze zagadnienia rynku ubezpieczeniowego, zmierzając do coraz większej stabilizacji interesu oraz zracjonalizowania metod pracy, co w konsekwencji pozwoli Towarzystwom tworzyć kapitały zapasowe, których dotychczas prawie nie posiadają oraz dążyć do obniżenia taryf. Obniżenie zaś taryf, łącznie z nowym systemem ubezpieczeń winno wywołać spopularyzowanie tych ubezpieczeń oraz ich udostępnienie, co pozwoli szerokim masom rolniczym korzystać z dobrodziejstw ubezpieczenia.

Przebieg kampanji gradowej i wyniki za 1933 r.

T-wo	Ilość posiadłości	Suma ubezpieczenia w złotych	Składka netto w złotych	Zwrot ½ „B“ wzłotych	Opłaty dodatkowe wzłotych	Ilość szkód wypłaconych	Odszkodowanie w złotych	Szkodowość w %%	Gradowość w %%	Przeciętna taryfa w %%
Vesta	8.562	64.189.002	1.223.439,48	10.020,47	218.247	455	244.864,95	20,01	0,38	1,91
Zakł. Ub. Wzaj.	6.582	38.707.824	943.542,20	—	188.709	312	283.624,—	30,—	0,70	2,44
Orzeł	2.849	43.660.787	669.513,13	11.228,—	75.865	176	192.699,88	28,07	0,44	1,53
Pow. Zakł. Ub. Wzaj.	6.452	21.875.467	424.151,09	10.128,28	42.662	589	177.109,84	41,76	0,81	1,94
Warsz. Tow. Ub.	486	17.191.796	321.025,31	13.970,—	47.780	38	126.688,17	39,46	0,73	1,87
Florjanka	671	10.953.793	242.670.—	—	32.247	89	115.190,—	47,47	1,05	2,22
Snop	735	12.496.793	231.336,10	—	34.287	49	94.722,55	41,—	0,76	1,85
Port	564	7.043.232	114.517,67	7.901,09	18.581	73	56.256,39	49,12	0,79	1,62
Razem	26.901	216.118.694	4.170.194,98	53.247,84	658.378	1.781	1.291.155,78	30,96	0,51	1,93

KRONIKA KRAJOWA

POŻAR FABRYKI HOFFMANA W ZGIERZU.



W nocy z dnia 18 na 19 maja r. b. o godzinie trzeciej nad ranem powstał pożar w dwupiętrowym budynku, należącym do firmy Hoffman w Zgierzu, w części, w której znajdowały się warsztaty kilkunastu chałupników włókienniczych. Pożar zauważyli przechodnie na ulicy i zaalarmowali straż pożarną. Straż ta, złożona wyłącznie z ochotników i to przeważnie bardzo młodych i niedoświadczonych, zabrała się do gaszenia pożaru w chwili, gdy ogień objął już cały budynek, mieszczący warsztaty dzierżawców.

Budynek ten oddzielony był od sąsiedniej fabryki maszyn przędzalni dwiema ścianami, o grubości jednej cegły, wystającemi ponad dachy budynków. W ścianach tych były otwory drzwiowe, niezabezpieczone ogniotrwale, — zaopatrzone w drzwi drewniane. Właściciele posesji uważali te ściany za „brandmury", przez które ogień w żadnym razie przenieść się nie może. Tymczasem stało się inaczej.

Straż ochotnicza zgierska nie mogła sobie dać rady z naporem ognia i, po pewnym czasie, ogień przeniósł się na dach nad klatką schodową, dzielącą budynek dzierżawców od budynku fabryki maszyn i znajdującą się za owymi dwoma „brandmurami". Stąd ogień przeniósł się wpierw na drugi koniec budynku fabryki maszyn, wykazując już nieudolność akcji ratowniczej, gdzie zapalił dach nad zbiornikiem wodnym i palną izolację zbiornika od mrozu, poczem przeniósł się na dach fabryki maszyn.

Wówczas przybyła straż łódzka, która dopiero zaczęła opanowywać pożar w fabryce maszyn, acz bezskutecznie, gdyż cała ta fabryka wraz z budynkiem dzierżaw-

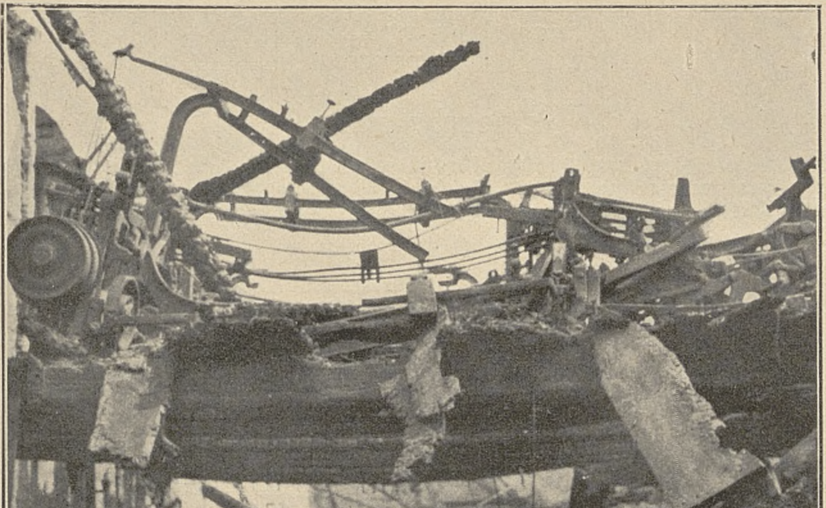


Rys. 1.

ców spłonęły; pozostał jedynie silnie przepalony strop na parterze fabryki maszyn. Jeden z „brandmurów" runął, jak widać na zdjęciu. Drugie zdjęcie pokazuje ciekawe zachowanie się belek drewnianych, mocno zwęglonych, utrzymujących jeszcze na sobie ciężar dwóch warsztatów; nieosłonięte belki żelazne w tych warunkach napewno nie wytrzymałyby tego ciężaru.

Z pożaru tego wysnuć można następujące wnioski:

1) konieczność zabezpieczenia ognio-



Rys. 2.

trwałego otworów w ścianach pożarnych jest nieodzowna,

2) ściana pożarna o grubości jednej cegły jest za słaba przy każdym silniejszym pożarze.

3) miasto tak uprzemysłowione jak Zgierz winno mieć zawodową straż pożarną, a nie opierać obrony przeciwpożarowej na niedoświadczonej straży ochotniczej.

Fabryka Hoffmana nie była wcale ubezpieczona.

Przyczyna powstania pożaru nie została dotychczas dokładnie ustalona. Prawdopodobnie miało tu miejsce zatlenie lub samozapalenie materjału, skutkiem zarzucenia niedopałka papierosa.

Z OSTATNIEJ CHWILI.

Do głębi oburzony ohydną zbrodnią dokonaną na osobie ś. p. Ministra Pierackiego Związek Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce, łącząc się z całym narodem w głębokim żalu i żałobie, przesłał na ręce Pana Prezesa Rady Ministrów depeszę następującej treści:

Wyrażamy najżywsze oburzenie z powodu ohydnej zbrodni, dokonanej na osobie zasłużonego bojownika o niepodległość i wielkość mocarstwową Polski, świętej pamięci generała Bronisława Pierackiego i łączymy się z całym narodem w uczuciach głębokiego żalu i smutku z powodu niepowetowanej straty, poniesionej przez Państwo Polskie.

ZWIĄZEK PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ
W POLSCE.

SPROSTOWANIE.

W numerze 6-tym z r. 1933 w Kronice Krajowej w artykule p. t. „Pożar Chłodni i Zakładów Portowych w Gdyni" w wierszu 30 (str. 65) i wierszu 5 (str. 66) mowa jest o masie asfaltowej a nie azbestowej, co niniejszem prostujemy.
